30322/c

CONCOURS

POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

DES OPÉRATIONS

APPLICABLES

AUX CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

PAR J.-F. JARJAVAY,

AGRÉGÉ A CETTE FACULTÉ, CHIRURGIEN DU BUREAU CENTRAL DES HÔPITAUX,

LAURÉAT DE L'ÉCOLE PRATIQUE (PREMIER GRAND PRIX).

PARIS

IMPRIMERIE GERDÈS,

10, RUE SAINT-GERMAIN-DES-PRÉS.

1850.

JUGES DU CONCOURS.

PROFESSEURS.

MM.

ROUX, *président.*
ANDRAL.
BÉRARD.
CLOQUET.
CRUVEILHIER.
DENONVILLIERS.
P. DUBOIS.
LAUGIER.
MOREAU.
VELPEAU.

MEMBRES DE L'ACADÉMIE.

MM.

BAFFOS.
BEGIN.
GIMELLE.
HUGUIER.
JOBERT.

COMPÉTITEURS.

MM.

CHASSAIGNAC.
GOSSELIN.
LENOIR.
MAISONNEUVE.
MALGAIGNE.
NÉLATON.
RICHET.
ROBERT.
A. SANSON.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY
304851

S'il est une question qui prête à la controverse et qui soit pleine d'actualité, c'est assurément celle que le sort m'a dévolue. Il n'y a pas longtemps encore que l'extirpation des corps fibreux de l'utérus a été pratiquée pour la première fois, malgré l'espèce de défi porté par quelques auteurs à la médecine opératoire : le succès a cependant répondu aux premiers efforts de l'art. Des chirurgiens, en bien petit nombre, il est vrai, ont tenté de marcher dans la nouvelle voie qui leur était ouverte; mais des obstacles imprévus, des revers, ont trompé quelquefois leurs espérances : c'est alors que s'est élevée dans le monde scientifique la question de savoir si, en effet, le chirurgien doit jamais tenter d'extirper les corps fibreux de l'utérus.

L'incertitude jetée sur l'opportunité de cette opération n'est pas la seule circonstance qui rende la question épineuse. Les termes mêmes dans lesquels elle est conçue prêtent aussi à des discussions. L'anatomie pathologique, en effet, ne voit que des *corps fibreux* de l'utérus, en quelque point qu'ils se trouvent, sous quelque forme qu'ils se présentent; la texture intime du produit accidentel, qui est partout la même, l'y autorise. La chirurgie, au contraire, ne conserve cette dénomination générique que dans des circonstances déterminées. Le corps fibreux est-il situé dans l'épaisseur de la paroi utérine, c'est un *corps fibreux interstitiel;* est-il saillant, pédiculé dans la cavité abdominale, c'est encore pour elle un corps fibreux. Mais que

ce produit se dirige vers la cavité utérine; que, se coiffant peu à peu de la muqueuse, il forme de ce côté une saillie toujours croissante, un moment arrive où sa base commence à se rétrécir; un pédicule existe; le corps fibreux est devenu un *polype fibreux*.

C'est la chirurgie que j'ai cru devoir prendre pour guide dans la conception du plan général de cette thèse. Les opérations applicables aux polypes fibreux sont donc exclues de mon sujet.

La question des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus étant singulièrement éclairée par l'anatomie normale de l'organe dont ils dépendent, et par l'anatomie et la physiologie pathologiques de ces corps, mon travail sera divisé en trois parties. Dans la première, j'exposerai quelques considérations sur l'anatomie chirurgicale de l'utérus; la seconde renfermera l'étude des corps fibreux au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques; la troisième, enfin, traitera des opérations qui leur sont applicables.

PREMIÈRE PARTIE.

Considérations anatomico-chirurgicales. — L'utérus, organe de la gestation, est situé dans le bassin, au-dessus du vagin, au-dessous des intestins grêles, entre la vessie et le rectum. La ceinture osseuse qui le protége le force à se développer dans l'abdomen, quand la présence d'un fœtus dans sa cavité, ou d'un corps fibreux dans ses parois, en augmente le volume. C'est aussi par suite de la résistance que lui oppose cette limite inextensible que le rectum, la vessie étant comprimés, la défécation, l'émission des urines, peuvent être gênées ou suspendues, en sorte que les tumeurs de l'utérus ne causent pas seulement du désordre dans les fonctions de cet organe, mais encore dans ceux qui l'avoisinent. Plus libres dans la cavité abdominale, grâce à la mollesse de la paroi antérieure, les tumeurs fibreuses qui ont franchi le détroit supérieur du bassin se développent sans obstacle; aussi y voit-on des masses fibreuses d'un volume énorme; quelquefois ces masses ont des racines dans le bassin et se prolongent plus ou moins vers la vulve. En vain des tractions énergiques, soit avec les érignes, soit avec le forceps, seraient appliquées sur elles, la partie renflée comme la tête d'un clou serait invinciblement arrêtée au détroit supérieur. Le morcellement seul pourrait peut-être en rendre l'extraction possible.

Placée dans le bassin la base en haut, le sommet en bas, comme serait un tronc de cône renversé, la matrice ne saurait être fixée par la vessie et les intestins qui l'entourent; car ces

organes sont mobiles et présentent des alternatives d'ampliation et de retrait; aussi les corps fibreux qui naissent et vivent dans les parois la sollicitent, par leur poids, en avant ou en arrière, à droite ou à gauche, selon le siége qu'ils occupent, et sont la cause d'inclinaisons, de versions et de flexions diverses; elle n'est soutenue que par la tonicité des parois vaginales et le plancher périnéal par en bas, et, sur les côtés, que par les ligaments ronds et les replis du péritoine, connus sous le nom de ligaments larges. Mais ces moyens de fixité ne sont pas assez forts pour empêcher l'utérus d'être porté en avant, en arrière et en bas; ceux d'un côté s'opposent bien plus efficacement à l'inclinaison du côté opposé. Si des tractions sont exercées sur lui vers la vulve, on peut constater que la limite à l'abaissement n'est point dans ces moyens de fixité; elle a son siége dans le plancher du bassin, qui résiste en raison de la ténacité des parties qui le constituent. Cette grande mobilité de l'utérus doit être prise en considération pendant le toucher; car, si elle était perdue, des adhérences pourraient être soupçonnées. C'est aussi à cause de ce peu de fixité que le col de l'utérus fuirait sous les instruments avec lesquels on veut pratiquer des incisions sur le col, si le chirurgien ne prenait des précautions particulières ou ne se servait d'instruments spéciaux.

La forme de l'utérus est peu favorable à son glissement dans le vagin, car les dimensions transversales de cet organe vont en augmentant de la partie inférieure vers la partie supérieure. Le mécanisme de la résistance est donc celui d'un coin ou d'un cône que l'on voudrait faire avancer du sommet vers la base. La difficulté est bien plus grande encore, quand un corps fibreux a distendu les parois et en a augmenté le volume. D'ailleurs, comme la paroi périnéale est mobile aussi, elle se laisse entraîner au dehors sous l'influence des tractions exercées sur l'utérus ou le corps fibreux qui lui adhère : le moyen de favoriser les tractions, c'est d'écarter fortement les lèvres de la vulve et les parois du vagin en les refoulant en haut, pendant

que le chirurgien attire à lui le col de la matrice ou le corps fibreux.

Le volume de la matrice est aussi très-variable, suivant les âges, l'état de plénitude ou de vacuité, l'état de maladie et les époques plus ou moins rapprochées de la menstruation. Le chirurgien ne doit point oublier, quand il veut porter un diagnostic, toutes ces particularités, et, de plus, comme, vers les époques menstruelles, le volume de l'organe est dû à une sorte de turgescence, il faut qu'il évite de pratiquer à cette époque des opérations sur la matrice, de peur de provoquer une inflammation dans son tissu ou de faire naître des hémorragies. C'est aussi à l'époque des règles que certaines matrices se contractent vivement sur les corps fibreux et peuvent les faire proéminer dans l'intérieur du col. Dans l'état normal, le fond de l'organe ne correspond point au bord supérieur du pubis; mais on peut l'y faire remonter soit avec le doigt, soit avec la sonde utérine, et le soumettre ainsi à des explorations qui se rattachent à des questions diverses. Quand un état pathologique le fait remonter à cette hauteur, on peut directement agir sur lui par une compression à l'hypogastre, le tronc étant fléchi en avant, et aider les tractions opérées par le chirurgien au niveau de l'orifice vulvaire. Au reste, les dimensions de l'utérus après la puberté sont 1° en hauteur, de 5 centimètres et demi à 6 centimètres et demi; en largeur, 1° au fond, de 32 à 36 millimètres; 2° au col, de 16 centimètres : épaisseur, 16 centimètres. (Cruveilhier, *Anatomie descriptive.*) Le poids de l'utérus, qui est de 24 à 40 grammes chez les filles pubères, de 48 à 64 grammes chez les femmes qui ont eu des enfants, peut être considérablement augmenté par la présence de tumeurs, de liquides qui y affluent aux époques menstruelles ou sous l'influence de l'inflammation.

Dans l'état normal, l'axe de l'utérus se confond avec celui du détroit supérieur du bassin. Cela étant, le museau de tanche est porté en arrière et en bas sur le rectum, en sorte que le doigt

qui cherche à l'explorer doit être dirigé sur la concavité du sacrum. Il est situé à 3 ou 4 centimètres environ du plancher du bassin. J'ai vu, au mois de juin dernier, sur une jeune fille vierge morte du choléra, l'utérus horizontalement couché au fond du bassin, le col vers la vessie, le sommet vers le sacrum; aucune adhérence ne rendait compte de cette déviation.

L'utérus n'occupe pas toujours la ligne médiane; son axe peut être plus ou moins incliné d'une manière passagère ou permanente.

La matrice est divisée en deux parties distinctes, tant sous le point de vue des opérations différentes que ses maladies réclament, que sous celui de l'anatomie. Un léger resserrement indique la limite de ces deux parties : le corps et le col.

L'extrémité du col fait une saillie variable dans le vagin et s'offre aisément à l'exploration du doigt et de l'œil. Cette partie saillante, connue sous le nom de museau de tanche, présente un orifice arrondi chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, et est divisé en deux lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure, par une fente transversale dont les dimensions sont variables chez celles qui sont déjà devenues mères. On peut même y reconnaître des scissures annonçant les déchirures causées par le passage du fœtus. La portion sus-vaginale du col correspond au bas-fond de la vessie, avec laquelle elle adhère par un tissu cellulaire très-dense. Des tumeurs fibreuses développées dans l'épaisseur de cette partie du col soulèveraient donc la paroi correspondante du réservoir de l'urine, et l'instrument tranchant, porté sur cette partie, exposerait plus que dans tout autre point à une perforation de ce réservoir. Il faut aussi remarquer que les débridements du col sur la lèvre antérieure ne doivent pas dépasser l'insertion du vagin. En arrière, la portion sus-vaginale est recouverte par le péritoine, qui serait ouvert, si le bistouri atteignait cette hauteur dans l'incision de la lèvre postérieure.

L'intérieur de l'utérus est creusé d'une cavité triangulaire

dans son corps, et dans son col d'un canal dont la partie la moins large correspond au rétrécissement extérieur. Une bougie peut y être introduite et en parcourir toute l'étendue, en sorte que l'exploration de la cavité par cette bougie peut être d'un grand secours pour le diagnostic de certaines affections. La face antérieure du corps, comme la face postérieure, est recouverte par le péritoine. La première est un peu convexe, la seconde l'est beaucoup plus. On y distingue sur la ligne médiane une arête qu'il est possible de sentir par le toucher rectal. Soulevée quelquefois par les corps fibreux, cette face devient bien plus saillante encore. Il ne faut jamais perdre de vue, si toutefois on se décidait à énucléer un corps fibreux de l'une de ces parois, que la séreuse abdominale pourrait être ouverte. Les tumeurs qui se sont dégagées de l'épaisseur de la paroi postérieure tombent quelquefois dans le cul-de-sac utéro-rectal et peuvent gêner les fonctions de l'intestin, ou, trop volumineuses, empêcher le passage du fœtus dans le bassin. Des parties latérales des faces du corps utérin partent deux replis péritonéaux postérieurs indiqués par Douglas, et désignés par M^me^ Boivin sous le nom d'utéro-sacrés. Il en est deux autres antérieurs qui recouvrent les ligaments ronds. Ils renferment dans leur épaisseur des fibres du tissu de la matrice. Les fibres qui appartiennent aux ligaments utéro-sacrés passent sur les parties latérales du rectum et vont s'insérer sur le sacrum; celles des ligaments ronds vont s'insérer, après avoir suivi le trajet du canal inguinal, sur la crête pectinéale, et se perdent aussi en partie dans le tissu cellulaire des grandes lèvres et du mont de Vénus.

Une muqueuse riche en follicules tapisse la cavité de l'utérus dans toute son étendue, et se continue par deux orifices latéraux dans l'intérieur des trompes. Les deux orifices de ces conduits deviennent extérieurs quand un renversement s'est opéré, qu'il soit simple, ou qu'il soit l'effet de la présence d'un corps fibreux. Une déduction chirurgicale est attachée à leur exis-

tence. Une tumeur fibreuse avait entraîné le fond de la matrice, qui, peu à peu, s'était renversée au travers de son col, chez une femme à laquelle le docteur Higgins donnait des soins. En pratiquant l'examen de la tumeur, qui égalait la grosseur d'un œuf de dinde, ce praticien reconnut les deux orifices dont nous venons de parler, et put glisser un stylet dans leur intérieur. Le degré de certitude que le diagnostic pourrait acquérir, dans des cas pareils, est de la plus haute importance, car le chirurgien peut être embarrassé en face d'un polype dont le pédicule est très-large et se confond obscurément avec le fond renversé de la matrice. (*Arch. génér.*, 4me série, tome 20, p. 480.)

La membrane muqueuse est plus riche en vaisseaux dans le corps que dans le col. Elle se vascularise bien davantage encore quand un corps siégeant dans les parois de l'organe fait sur lui l'office d'un stimulus; les artères, les veines surtout deviennent plus volumineuses, d'où la facilité de leur rupture et la production d'hémorragies abondantes que nous aurons à signaler. Des follicules nombreux en occupent l'épaisseur et viennent s'ouvrir à la surface, en s'abouchant plusieurs ensemble dans une même dépression. Ils abondent surtout au niveau du col, où des hypertrophies du tissu utérin s'opèrent quelquefois, et en contiennent une grande quantité. Ces follicules s'agrandissent alors et peuvent même circonscrire des cavités qui ont fait croire quelquefois à l'extirpation de la matrice, quand le chirurgien n'avait fait qu'enlever cette variété de polype. Douée d'un derme épais, la muqueuse utérine présente environ le cinquième ou même le quart des parois de la matrice. Elle va s'amincissant vers les angles et le col. Cette muqueuse se laisse distendre par les tumeurs qui la soulèvent, elle se laisse même perforer par elles. Quoique dense, elle a une consistance médiocre, ce qui l'expose à des déchirures pendant les tentatives de cathétérisme; mais son adhérence au tissu sous-jacent et intime, ce qui la met à l'abri

de décollements. L'épaisseur des parois utérines, lors de l'état de grossesse, est de 8 ou 10 millimètres. Au col, elle est moindre qu'au corps; au niveau des trompes, elle n'est environ que de 4 millimètres.

Le tissu de l'utérus est d'une couleur blanche rosée. Sa densité considérable permet au chirurgien d'implanter des érignes dans l'épaisseur du col où elle est comme fibreuse, et d'exercer des tractions assez fortes pour abaisser l'organe. Cependant ce tissu, dont la nature paraît de prime abord équivoque, se contracte et chasse les corps étrangers. Le bout de sonde qu'on y introduit quelquefois serait expulsé, s'il n'y était maintenu par des moyens appropriés. Des corps fibreux causent de temps en temps des contractions, quelquefois même des contractions périodiques, dans l'intervalle desquelles on a vu des polypes rentrer dans la matrice après en avoir été chassés. Il est vrai que, dans ce dernier cas, les fibres ont acquis les propriétés que la grossesse développe en elle, c'est-à-dire ceux de la fibre musculaire. Portée à un moindre degré, l'irritation qu'occasionnent en elle les corps fibreux y amène sans doute la sécrétion d'un plasma, au sein duquel se forme un tissu cellulaire accidentel; car, dans l'état normal, nulle autre partie de l'utérus ne contient de tissu cellulaire que le derme muqueux au sein duquel il est très-rare? Il est tout autour sous le péritoine. Cependant les corps fibreux qui ont disséqué les fibres, séparé les couches, sont enveloppés d'une tunique cellulaire évidente, non-seulement quand ils font saillie soit au dehors, soit au dedans de l'organe, mais encore quand ils sont restés dans l'épaisseur de la paroi.

Plus dense sur la ligne médiane que sur les côtés du corps, ce tissu cellulaire sous-péritonéal se continue au niveau des bords avec celui des ligaments larges, ce qui explique comment des infiltrations de sang, provenant de cette partie, s'étendent sous la séreuse abdominale dans le bassin, et peuvent même remonter plus haut dans les fosses iliaques et les lombes. Les

tumeurs qui viennent des bords de la matrice ont pu aussi dédoubler les deux feuillets du péritoine, et venir se placer dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Un cas bien intéressant, présenté en 1834 à la société anatomique par M. Pegot, démontre qu'une tumeur fibreuse s'était ainsi développée entre les deux feuillets du ligament large, avait atteint la fosse iliaque, et que cependant elle partait de la portion latérale et postérieure du col de la matrice.

Les artères de l'utérus lui sont fournies par les artères ovarique et hypogastrique. Cette dernière lui envoie une artère très-flexueuse, qui est placée sur les parties latérales du col, au tissu duquel elle ne touche cependant pas. Entre elle et lui existe un espace rempli par du tissu cellulaire et un plexus veineux très-riche; elle monte ensuite sur les parties latérales du corps, qu'elle atteint au niveau du rétrécissement qui le sépare du col et s'accolle aux fibres charnues du viscère. Cette disposition fait connaître le danger qu'il y aurait à porter des instruments tranchants trop en dehors sur les parois de la coque enveloppante d'un corps fibreux; car, indépendamment du péritoine, cette artère courrait le risque d'être lésée. Vers l'angle supérieur de la matrice, l'artère utérine, toujours très-flexueuse, s'anastomose avec l'ovarique. De l'anse anastomotique ainsi formée part une branche qui s'anastomose avec celle du côté opposé sur le fond de la matrice. Toute tentative de dissection faite un peu trop loin vers la surface extérieure exposerait donc au niveau du fond comme sur le col à la blessure de branches artérielles.

Au niveau du col, les branches qui émanent de l'utérine se portent flexueuses dans l'épaisseur de l'organe comme au niveau du corps. M. Huguier a signalé une circonférence artérielle un peu au-dessous du niveau de l'orifice cervico-utérin, et d'où partent des ramifications très-ténues qui vont se perdre dans la portion sous-vaginale du col. Il en résulte que la section du museau de tanche n'expose pas au danger d'une hémorragie

abondante, mais qu'une incision malheureuse, qui intéresserait l'artère circulaire dont il s'agit, pourrait amener cet accident. Si une section pratiquée sur le col, sans monter toutefois aussi haut, atteignait les insertions vaginales, elle pourrait aussi intéresser une branche artérielle qui part de l'utérine et se recourbe en bas pour s'appliquer sur la paroi du vagin. Cette branche existe sur toutes les pièces que j'ai préparées, et dont plusieurs sont déposées au muséum de la Faculté.

Les veines se détachent de la matrice de la manière suivante : d'abord très-variqueuses, elles s'anastomosent très-souvent entre elles et forment une sorte de plexus sur les côtés de l'organe. Au niveau du col on remarque le paquet veineux que j'ai déjà signalé en dedans de l'artère utérine. De cette espèce de masse veineuse partent deux veines en haut, deux autres en bas. Les deux supérieures accompagnent l'artère ovarique, les deux inférieures l'artère utérine. Le développement de ces plexus veineux explique la fréquence des phlébites dans la matrice et autour d'elle. La disposition à cette inflammation s'y trouve favorisée et par la solution de continuité de ces vaisseaux et par celle du tissu utérin. Les veines contenues dans les parois n'ont en effet qu'une membrane interne qui leur adhère, et restent béantes après la section, comme les branches de la veine porte dans le foie. Heureusement le parenchyme est contractile, et peut resserrer ces vaisseaux en rapprochant ses fibres.

Les lymphatiques, également nombreux, se distinguent en sous-péritonéaux et en profonds. Ils s'enflamment avec d'autant plus de facilité qu'ils se développent aussi dans les mêmes circonstances que les fibres utérines. Ceux du corps se rendent dans les ganglions lymphatiques lombaires, ceux du col dans les ganglions pelviens. Quelques-uns gagnent un ganglion situé assez près du canal sous-pubien. (P. Dubois, *Traité de l'art des accouchements*, page 176.)

Le col est insensible, dans l'état de santé, aux excitants mécaniques, tels que les incisions, les piqûres, les cautérisations.

Depuis que M. Jobert a annoncé que la portion vaginale de ce col ne reçoit point de nerfs, les travaux qui ont été publiés depuis n'ont pu prouver le contraire. Snow-Beck et un ancien aide d'anatomie de cette Faculté, M. Rendu, n'ont pu les suivre au delà de la portion sus-vaginale du col. Or, nul ne conteste leur présence dans cette partie, pas plus que dans le corps de l'organe. Ces nerfs proviennent du plexus ovarique et du plexus hypogastrique; ils appartiennent donc à la fois à la vie nutritive et à la vie de relation. Les connexions de ces nerfs peuvent faire comprendre les réactions si puissantes que les affections de l'utérus ont sur l'état général des malades. La physiologie démontre, en effet, l'influence du système nerveux ganglionnaire sur le système cérébro-spinal. C'est ainsi que la présence d'helminthes dans le tube digestif provoque parfois des convulsions. On ne doit donc pas s'étonner que divers états pathologiques de l'utérus retentissent d'une manière si funeste sur la constitution générale et entraînent des désordres dans diverses fonctions.

Nous avons déjà fait entendre que les fibres du parenchyme utérin étaient peu extensibles, qu'il fallait une compression lente, graduée et soutenue pour obtenir l'agrandissement de la cavité du col. Aussi, dans les opérations qui nécessitent une ampliation très-grande et très-prompte, le chirurgien doit avoir recours au débridement.

Quand un corps étranger, un fœtus, un corps fibro-calcaire, a été expulsé par les contractions de la matrice, c'est la contractilité propre à son tissu qui la fait revenir sur elle-même, et non l'élasticité.

Si des tentatives d'exploration nécessitent l'introduction d'un corps étranger dans la cavité de l'utérus, le contact de ce corps sur la muqueuse est annoncé par une sensation pénible. Cette sensibilité est variable. Nous aurons l'occasion d'y revenir; disons, pour le moment, qu'elle exige dans le cathétérisme des ménagements et de la prudence.

DEUXIÈME PARTIE.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Au milieu du tissu dont nous venons d'indiquer les propriétés, naissent et se développent souvent des corps fibreux. Ce sont des masses qui sont composées, comme leur nom l'indique, de fibres qui se rapprochent de celles des tendons ou des ligaments. Il existe toutefois entre elles une grande différence. Les fibres du tendon, du ligament, sont isolables sans trop de difficultés; celles des corps fibreux ne le sont point; elles sont ensevelies dans une espèce de gangue amorphe qui les colle intimement les unes aux autres. Cependant le microscope permet de constater en elles les mêmes caractères.

De toutes les lésions de l'utérus, celle qui est constituée par la présence des corps fibreux est une des plus fréquentes.

Sur soixante-sept autopsies pratiquées l'année dernière sur des femmes dont la moins âgée avait vingt-neuf ans, dans le service de M. Louis à l'Hôtel-Dieu, M. Leudet en a trouvé dix fois. Selon Bayle, sur cent femmes âgées de cinquante ans, il en est vingt au moins qui en ont. Portal en a trouvé treize fois sur vingt, et Dupuytren professait qu'il y avait bien peu de femmes âgées qui ne portassent de tumeurs semblables. Il n'est donc pas étonnant que les auteurs anciens en aient constaté l'existence; seulement, comme la nature de ces corps n'était pas bien connue, ils leur avaient donné des noms divers. Paul d'OEgine les appelle sclérômes de la matrice. Morgagni, qui ne s'était pas fait une idée bien précise de leur texture, en rapporte des exemples, et cite des observateurs qui

en avaient déjà fait mention; mais il les désigne sous le nom de tubercules, et les considère comme étant destinées à subir une dégénérescence cancéreuse. Sandifort, dans ses *Observationes anatomico-pathologicæ,* parle d'une tumeur squirreuse proéminant à la fois dans le péritoine et dans la cavité utérine, d'une seconde dont le centre était osseux, et d'une troisième qui remplissait toute la partie lombaire de la cavité abdominale. Baillie, qui les appelait aussi des tubercules, de même que William Hunter, avait remarqué que les corps fibreux n'étaient liés par aucun rapport avec le cancer; il avait reconnu leur texture fibreuse, et même la possibilité où ils étaient de se remplir de concrétions calcaires. Chambon avait déjà trouvé dans la matrice un produit à la fois osseux et cartilagineux; mais c'est surtout aux recherches de M. Roux, de Bayle, de Dupuytren, de Laënnec, de MM. Cruveilhier et Andral, que sont dus les progrès de l'anatomie et de la physiologie pathologiques touchant ces productions accidentelles. Depuis les recherches de ces auteurs, des observations nouvelles ont été publiées; Robert Lee a lu sur eux un excellent mémoire devant la Société médico-chirurgicale de Londres; enfin, les analyses des chimistes et les recherches des micrographes modernes sont venues, en apportant de nouvelles lumières, confirmer les connaissances déjà acquises.

Le siége des corps fibreux est variable. Ils peuvent occuper toutes les régions de l'utérus; cependant ils ne sont pas partout également fréquents. S. Lee (Churchill, 1847, octobre) avance que c'est sous la membrane muqueuse qu'ils sont le plus communs. La paroi postérieure en contiendrait bien plus souvent que l'antérieure, qui cependant devrait être placée avant le fond et le col. Cette dernière partie en renferme bien plus rarement. Ces conclusions ont été tirées de l'examen de soixante-quatorze pièces appartenant aux musées du Collége royal des Chirurgiens, du Collége de l'Université, de Saint-Barthélemy, de Guy et du Collége du Roi. J'ai voulu aussi m'occuper de cette question,

mais j'ai compris que des conclusions ne pourraient être tirées du petit nombre de pièces que renferment nos collections. Les *Bulletins de la Société anatomique* ne rapportent que vingt-huit cas de corps fibreux, dont dix-sept sans désignation de siége. Parmi les autres, trois occupaient la paroi postérieure, sept l'antérieure; un était dans la lèvre postérieure du col. En tous cas, personne n'ignore que les corps fibreux sont plus rares dans le col que dans les parois du corps, que ceux du corps occupent quelquefois les parties antéro-latérales ou postéro-latérales droite ou gauche de l'organe, qu'ils s'étendent, dans certains cas, et au col et au corps à la fois.

Le volume des corps fibreux est variable depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une tête d'adulte. Il en est de même du nombre. Quelquefois le corps fibreux est unique, d'autres fois l'utérus en est criblé, en sorte que le bassin peut être presque entièrement rempli par ces productions. La forme est, en général, globuleuse; cependant elle peut être ovoïde, aplatie, conique. Quand le corps fibreux est d'un petit volume, il est le plus souvent arrondi; quand, au contraire, il est gros comme un œuf, comme le poing, il présente presque toujours à sa surface des bosselures séparées les unes des autres par des dépressions où se trouve du tissu cellulaire et où rampent des vaisseaux. Il n'est pas très-rare que quelques-unes de ces bosselures prennent un grand développement, s'épanouissent du côté où elles rencontrent le moins de résistance, en sorte que le corps fibreux paraît composé de deux ou de plusieurs lobes. C'est ainsi qu'un corps fibreux naissant du col de l'utérus s'était développé en bas dans le vagin, tandis qu'un lobe supérieur remplissait la cavité utérine; qu'un autre, dont on lit la description dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1841, p. 234), partait du corps de la matrice, s'élevait en haut et se bifurquait en deux gros lobes à la rencontre du ligament rond, de la trompe et de l'ovaire, en même temps qu'une autre portion, qui semblait donner naissance aux deux premières, des-

cendait sur la partie latérale du vagin. D'autres fois, des pressions permanentes en altèrent la forme; les saillies osseuses du bassin, par exemple, y impriment leurs angles, ou bien encore des tumeurs voisines s'aplatissent les unes contre les autres, à la manière des calculs à facettes de la vessie et de la vésicule du fiel.

La consistance des corps fibreux est ferme. Ils présentent une cohésion telle que le tranchant du couteau ne les incise qu'en faisant entendre un certain bruit. Ils résistent avec force à des tractions opposées. Cette ténacité permet au chirurgien d'implanter dans leur épaisseur des érignes, des pinces armées de griffes, comme celles de Museux, sans y causer de solution de continuité; de tirer sur eux, afin de les abaisser vers la vulve. Ils sont plus ou moins compressibles, suivant la plus ou moins grande quantité de sucs qui les abreuvent. Il en est toutefois qui sont très-durs, et ne se laissent point aplatir par les instruments.

Bayle admet trois états dans le développement des corps fibreux. D'après cet auteur, ils sont d'abord d'une couleur rougeâtre, tirant sur celle de la fibre musculaire. Ils deviennent ensuite gris, blanchâtres ou jaunâtres, et enfin ils s'ossifient.

Il est certain que, dans quelques cas, des tumeurs fibreuses peu développées revêtent une apparence charnue; mais, loin d'admettre que cet état soit une des phases nécessaires au développement des corps fibreux, je suis porté à croire, au contraire, en me rangeant à l'opinion de Robert Lee, qu'il est plutôt une exception. On voit souvent des corps fibreux très-petits, du volume d'un pois, par exemple, avec des fibres blanches et resplendissantes comme celles des tendons, tandis que d'autres, beaucoup plus gros, ont quelquefois une coloration rougeâtre. C'est à la quantité plus ou moins grande de liquide dont ils sont abreuvés que les corps fibreux doivent ces différences d'aspect. Qu'une inflammation s'établisse autour d'eux, et ils deviendront rouges, se ramolliront, quoiqu'ils aient déjà atteint

un complet développement. C'est dans ce cas que des érignes, implantées dans leur tissu, pourraient en désunir les fibres, les peigner, pour ainsi dire.

Le plus souvent, les corps fibreux de la matrice ont un aspect blanchâtre. Quand on les coupe, on voit qu'ils sont composés de fibres qui se dessinent, comme des filaments, sur un fond d'une couleur plus mate. Le microscope permet de constater en elles les caractères du tissu fibreux normal des aponévroses et des tendons. Elles sont enroulées, comme sur un centre, dans quelques points; dans d'autres, elles paraissent entremêlées d'une manière inextricable. La surface de la coupe est parsemée d'un grand nombre de points lenticulaires plus denses que le tissu qui les environne, et qui correspond à la partie pelotonnée des fibres. Dans quelques cas où la tumeur a une apparence granulée, elle paraît résulter de l'agglomération de petites masses renfermées dans la capsule fibro-celluleuse commune.

C'est dans les parties les moins denses, dans le tissu celluleux qui unit les divers lobes, que rampent les vaisseaux. Les injections démontrent que les artères sont très-petites, tandis que les veines prédominent; on les trouve dilatées dans les espaces indiqués et remplies de sang. Ces vaisseaux pénètrent dans le corps fibreux par toute la périphérie, quand celui-ci est environné de tous côtés par le tissu utérin, et surtout par la base, quand il tend à se dégager du parenchyme. Leur nombre est d'autant plus grand, d'après Oldham, que le corps fibreux est plus récent. Une fois cet auteur fut fort étonné de trouver les veines en moins grande quantité que les artères. Quant aux vaisseaux lymphatiques et aux nerfs, les anatomistes ne sont point encore parvenus à en découvrir dans l'épaisseur de ces corps fibreux.

Les changements ultérieurs qui s'opèrent dans les tumeurs fibreuses sont variables. Tantôt le tissu devient plus mou dans le centre, se creuse de cavités remplies d'un liquide gélatineux, sanguinolent ou noir. Les cavités peuvent être multiples et de

dimensions très-diverses. Dans un cas de tumeur fibreuse volumineuse placée dans les parois de l'utérus, Robert Lee trouva au centre une cavité considérable contenant un coagulum sanguin. Cet état peut être expliqué par la rupture de quelques vaisseaux. D'autres fois, au contraire, la masse fibreuse revêt dans quelques points l'apparence et la consistance du cartilage. Elle peut alors être comparée aux disques intervertébraux. Ce sont les points centraux les plus denses qui subissent les premiers cette transformation.

Quand les corps fibreux se durcissent par la formation à leur intérieur de dépôts calcaires, on dit improprement qu'ils s'ossifient. Ce n'est point en effet une substance osseuse qui s'est formée en eux. L'analyse chimique n'y démontre point de gélatine, on n'y trouve que des sels terreux, principalement, suivant Bostock, du phosphate de chaux. Quoi qu'il en soit, c'est encore dans les parties les plus denses que se font ces dépôts; plusieurs points sont successivement pétrifiés, et cet état envahit ainsi toute la tumeur du centre à la périphérie. On trouve quelquefois, suivant Bayle, sur une même matrice, plusieurs tumeurs fibreuses qui affectent les trois états qu'il leur assigne. Au lieu de débuter par le centre, c'est quelquefois par la périphérie que commence la pétrification. Les couches extérieures deviennent une sorte de coquille dans l'intérieur de laquelle se trouve du tissu fibreux. Enfin, la masse entière envahie par les dépôts peut devenir dure comme une pierre et tomber dans la cavité utérine. Ce sont là les pierres de la matrice sur lesquelles Louis a inséré un mémoire parmi ceux de l'Académie de Chirurgie. Mais, quelle que soit la marche de cette transformation calcaire, qu'elle débute par le centre ou par la périphérie, que la pétrification soit partielle ou générale, toujours est-il que ces produits sont, le plus souvent, mous et poreux comme la pierre-ponce. On voit cependant, dans le muséum de l'hôpital Saint-Thomas de Londres, deux pierres utérines très-dures qui ont été sciées et polies comme de l'ivoire ou du marbre. Ces

tumeurs fibro-calcaires peuvent aussi être multiples; un utérus renfermé dans la collection de Howship pèse plusieurs livres, à cause de la présence de plusieurs tumeurs fibro-calcaires dans ses parois; l'une d'elles pend au fond de l'organe, et conserve, dans une partie de son étendue, l'apparence compacte ordinaire au tissu de ces productions accidentelles.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus peuvent-elles dégénérer en cancer? Dupuytren professait que celles dans lesquelles dominent le tissu cellulaire et la sérosité ont une grande tendance à passer à l'état carcinomateux après un temps plus ou moins long, tandis que celles où l'élément fibreux prédomine doivent plutôt devenir cartilagineuses ou calcaires. Nul doute que les corps fibreux, riches en tissu cellulaire et en vaisseaux, ne se ramollissent plus aisément que ceux dont la texture est serrée. Mais d'un ramollissement à une dégénérescence cancéreuse, il y a loin. Quand ces corps ont distendu la matrice dans tous les sens, et qu'une partie de leur étendue proémine dans le vagin, il n'est pas rare que la face exposée à l'air revête l'aspect cancéreux, sans être réellement frappée de cette dégénérescence. (Cruveilhier, *Bulletins de la Société anatomique,* 1833, page 149.) Il en est de même de cet état dans lequel les corps fibreux sont creusés de vacuoles remplies d'un liquide filant, gélatineux, ou de caillots et de liquides sanguinolents. Cependant on ne peut refuser d'admettre que la matière cancéreuse qui se dépose dans nos organes ne puisse s'infiltrer dans les tumeurs fibreuses comme dans les autres points de l'économie. A ce titre, j'admettrai la possibilité du développement d'un cancer dans une tumeur fibreuse de l'utérus, ce qui n'implique pas l'idée que son tissu puisse se transformer en cancer. Disons toutefois que dans les nombreuses analyses de corps fibreux qu'a faites M. Lebert à l'hospice de la Salpêtrière, cet habile micrographe a trouvé souvent de ces corps dans des utérus affectés de cancer, et que, dans aucun cas, la matière cancéreuse ne s'était développée dans leur intérieur.

L'inflammation qui se développe dans le parenchyme circonvoisin ramollit les corps fibreux, et, quand elle gagne leur masse, peut y développer, suivant Lisfranc, des abcès. On voit, dans les *Annales de la Société de médecine de Bordeaux*, que le docteur Barnetche mit sous les yeux des membres de cette société l'utérus d'une femme décédée à la Maternité quarante-huit heures environ après un accouchement des plus difficiles. Trois tumeurs fibreuses en occupaient les parois. L'une d'elles ayant été incisée, il s'en écoula du pus sanieux et séreux mélangé d'une espèce de détritus formé par le tissu utérin dans l'épaisseur duquel la tumeur s'était développée. Nous citerons plus bas une observation que l'on doit à Dance et qui montre un corps fibreux entouré de pus, sans qu'il y en eût dans son épaisseur. Le travail qui s'opère pendant la grossesse dans le tissu de l'utérus, et qui retentit sur les corps fibreux interstitiels, développerait-il donc en eux un surcroît de vitalité? L'expérience le prouve, car on a vu l'accroissement de plusieurs corps fibreux se faire à chaque grossesse chez une femme qui, plus tard, a succombé à des hémorragies provoquées par ces mêmes corps fibreux. (A. Forget, *Bulletin de thérapeutique*, avril 1846.) L'action que ce nouvel état physiologique a sur eux permet de concevoir la possibilité d'une inflammation, alors que leurs éléments vasculaires se sont accrus. Dans l'état de vacuité, l'inflammation des corps fibreux doit être plus lente et la suppuration plus difficile.

Le point de départ des corps fibreux est tantôt le tissu propre de l'utérus, tantôt le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il s'en développe aussi sous la muqueuse. En augmentant de volume, ils repoussent les parties qui les avoisinent, soit la muqueuse en dedans, soit le péritoine vers l'abdomen; quelquefois ils restent dans l'épaisseur de la paroi proéminant autant d'un côté que de l'autre. D'autres fois, ils s'accroissent également dans tous les sens. Les compressions qu'ils exercent sur les parties qu'ils touchent peuvent à la longue en déterminer l'ulcération

et la perforation. En 1828, M. Pinault présenta à la société anatomique une pièce sur laquelle M. Cruveilhier put constater une perforation de la paroi abdominale, causée par un corps fibreux. (*Bulletins*, 1828, p. 5.) On sait que, tout récemment, M. Loir a entretenu la Société de chirurgie d'un cas analogue. Il existait encore une perforation au-dessus du pubis.

Si le corps fibreux occupe l'une des parois de l'utérus, celle-ci s'agrandit, soit dans le sens vertical, soit transversalement, selon que ce corps se développe plus dans une direction que dans l'autre. Quelquefois l'accroissement a lieu suivant la hauteur et suivant la largeur, ce qui augmente la paroi dans tous les sens. Si la convexité est très-prononcée, la paroi opposée s'applique sur elle, s'amincit et coiffe la tumeur. D'autres fois le corps fibreux a acquis un volume tel, la couche interne qui le recouvre est si mince, que le corps de l'utérus paraît uniformément développé autour de lui, comme autour d'un fœtus; la muqueuse d'un côté est appliquée à celle du côté opposé, et quelquefois des adhérences s'établissent, ainsi que le prouve une pièce présentée à la Société anatomique par M. Chassaignac. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1843, p. 10.) Quand elle est libre, la cavité utérine n'est plus dans ce cas qu'une ligne courbe qui circonscrit le corps fibreux. Ainsi, tantôt les dimensions transversales, tantôt les dimensions verticales de la cavité sont accrues. Il est même possible que l'augmentation des diamètres ait lieu dans tous les sens à la fois. Ce phénomène se produit lorsque le corps fibreux, occupant, soit la paroi antérieure, soit la paroi postérieure, gagne le fond de la matrice et le remonte vers l'abdomen, en même temps qu'il augmente de volume sur les parties latérales. Si le corps fibreux ne se développe pas en même temps vers la muqueuse, il est possible qu'avec cette augmentation dans les dimensions, la cavité utérine ait conservé sa forme triangulaire normale. Dans tous les cas, le col ne participe point à la déformation de la cavité, ses lèvres

deviennent seulement plus grosses, à cause du travail physiologique qui a envahi tout l'organe.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Une tumeur fibreuse s'était développée dans une des régions latérales de la matrice : elle avait dévié du côté opposé et considérablement rétréci l'orifice supérieur du col. (*Bulletins de la Société anatomique.*) Une autre fois, le corps fibreux occupait une des parois; la cavité était très-large; « le col utérin très-allongé pouvait être parfaitement bien comparé à l'urêtre de l'homme. » (*Ibid.*, 1840, *p.* 77.) Le corps fibreux peut s'accroître en bas en s'insinuant dans l'épaisseur de l'une des lèvres. Celle qui est soumise à cette espèce de dissection grossit, proémine à la fois et en dehors vers les organes voisins et en dedans vers la cavité du col. La tuméfaction cause un soulèvement, une distension dans celle du côté opposé, qui s'amincit et prend la forme d'un croissant qui embrasse l'extrémité inférieure de la tumeur, comme la paroi correspondante du corps coiffe la saillie intra-utérine; l'orifice se trouve dévié en avant ou en arrière. A mesure que le corps fibreux se développe ainsi dans l'une des parois du col et du corps, il augmente le volume de la matrice et change ses rapports avec le péritoine et la vessie. Cette modification remarquable, si utile à connaître, afin d'éviter les dangers auxquels exposerait l'extirpation de ces corps, a été rencontrée sur une malade opérée par M. L. Boyer, qui a fait dessiner cette disposition. Si l'on porte les yeux sur la figure 10, on verra que la paroi antérieure de la matrice, se tuméfiant et augmentant de longueur, a entraîné le péritoine en haut et a permis à la vessie d'adhérer au corps dans une grande étendue. En même temps que ces changements se sont opérés en avant, le cul-de-sac utéro-rectal est devenu plus profond. La séreuse recouvre la paroi postérieure du vagin dans une étendue anormale : on dirait que le corps fibreux qui occupe la paroi antérieure du col et du corps, en augmentant la hauteur de l'organe, entraîne la paroi postérieure vers lui pour en re-

couvrir la convexité qu'il forme dans la cavité utérine. La paroi postérieure monterait donc, tandis que le poids des viscères abdominaux tendrait à déprimer le fond du cul-de-sac utéro-rectal. Comme le péritoine adhère à la face antérieure de la matrice d'une manière intime sur la ligne médiane, cette paroi ne peut s'élever sans l'entraîner avec elle. D'ailleurs, le corps fibreux inclinant le corps de l'utérus en avant, les rapports plus étendus du fond de la vessie avec le corps de l'utérus se trouvent expliqués.

Quand les corps sont multiples, ils peuvent déprimer la muqueuse dans plusieurs points à la fois, et dans le fond et sur les côtés; il serait alors impossible d'indiquer par avance toutes les altérations possibles dans la forme de cette cavité. Mais il est un cas où le corps fibreux, se développant dans les parois, les absorbe, pour ainsi dire, tout entières. Il s'est accru d'une manière régulière dans toute sa périphérie, et il a acquis un si grand volume que la cavité de la matrice est très-petite et que l'organe est appliqué sur un point du pourtour de la tumeur.

Ont-ils leur siége dans une des parois du col, les corps fibreux causent quelquefois une élongation remarquable. On peut en avoir un exemple frappant dans la figure 9, représentant le col de la matrice d'une malade à laquelle M. Huguier avait été appelé à donner des soins. Dans d'autres cas, la lèvre du col est épaissie, soulevée qu'elle est uniformément et du côté de l'utérus et du côté du vagin. Elle peut être bosselée, si plusieurs tumeurs y sont incluses. Tantôt le corps fibreux proémine du côté de la muqueuse utérine, tantôt du côté de la muqueuse vaginale, ce qui entraîne des altérations de formes variées dans l'orifice. Si la lèvre qui renferme le corps a été alongée, comme dans l'exemple cité plus haut, l'orifice utérin a la forme d'une demi-circonférence; la partie courbe est constituée par la lèvre saine, tandis que l'autre représente un plan qui tombe sur le demi-cercle indiqué. (Voyez fig. 9.) L'une des lèvres est-elle bosselée, l'autre s'arrondit comme un couvercle sur la tumeur; en-

fin, si le corps fibreux tend à proéminer du côté du vagin seulement, la lèvre entraînée amène avec elle la portion correspondante de la circonférence de l'orifice qui est agrandi. Des tumeurs multiples seraient la cause de changements en rapport avec le siége, le nombre et le volume de ces corps.

Quant au tissu propre de la matrice, son état varie suivant les cas. Si les tumeurs sont nombreuses, elles écartent des faisceaux de fibres qui se trouvent placés au milieu d'elles, et alors deux circonstances se présentent : ou elles sont peu volumineuses et laissent aux fibres la faculté de se développer entre elles, ou bien elles se sont accrues, rapprochées les unes des autres de manière à les comprimer de plus en plus. Dans le premier cas, le caractère des fibres devient celui qu'elles ont dans l'état de grossesse. Leur apparence est charnue. Il y a là une véritable hypertrophie. La fig. 1 représente une pièce pathologique qui démontre d'une manière évidente cette particularité : une tumeur très-grosse, non pédiculée, partait du fond de la matrice; dans son épaisseur se trouvaient des fibres charnues, courbes, infléchies en bas et provenant des parois. Au milieu d'elles étaient entassés des corps fibreux de grosseurs diverses. Dans le second, ces fibres sont atrophiées. J'ai trouvé, dans les pavillons de l'École pratique, un utérus qui renfermait dix-huit corps fibreux; les uns étaient gros comme une pomme d'api, d'autres comme une noix, une noisette; quelques-uns, plus petits, n'excédaient pas le volume d'un pois; le tissu propre était effacé au milieu d'eux; la cavité du corps n'était représentée que par un cul-de-sac placé au-dessus du col, qui était petit et racorni.

Le parenchyme s'hypertrophie habituellement quand les corps fibreux font une saillie dans l'utérus, et ne s'isolent pas du côté de l'abdomen. On dirait que, dans cette circonstance, la matrice travaille pour s'en débarrasser comme d'un corps étranger : ce qui arrive en effet dans quelques cas malheureusement trop rares. Le développement des fibres donne plus

d'énergie aux contractions. Quelques praticiens ont trouvé dans cette marche de la nature une indication pour certain procédé opératoire, qui consiste à favoriser l'issue du corps fibreux par l'administration du seigle ergoté. En résumé, quelquefois l'atrophie de la fibre utérine est le résultat de la présence de corps fibreux; dans d'autres cas, surtout quand ces corps proéminent dans la cavité de la matrice, le parenchyme augmente de volume, et peut acquérir une grande épaisseur.

Les artères suivent le tissu utérin dans ce progrès, ainsi que les veines, dont le développement peut aller jusqu'à former de véritables sinus. Ces dilatations pouvaient recevoir l'extrémité du doigt auriculaire dans un cas présenté à la Société anatomique par M. Pinault (*Bulletins de la Société anatomique*, 1828, p. 4), et contenaient du sang noir en partie liquide et en partie coagulé. La circulation dans ces ampoules veineuses peut donner lieu au souffle utérin que l'on entend dans la grossesse, souffle qui est devenu plusieurs fois une des causes d'erreur dans le diagnostic. Les lymphatiques acquièrent aussi le même accroissement.

Les corps fibreux proéminent, dans quelques cas, et du côté de la cavité utérine et du côté du péritoine. Nous avons dit déjà que Sandifort avait observé un cas de cette variété. Quand ils gagnent seulement du côté de l'abdomen, ils tendent à abandonner le tissu de la matrice, et ne lui adhèrent que par un pédicule dont le volume varie. Tantôt c'est un prolongement filiforme et séreux (voyez fig. 4), tantôt le corps parasitaire est environné par une lame du parenchyme, amincie ou hypertrophiée. La figure 3 représente un pédicule large, dont la section avec l'instrument tranchant intéresserait nécessairement des ramifications artérielles. Aussi les corps fibreux intra-abdominaux flottent plus ou moins librement dans le péritoine, selon la longueur et la grosseur du pédicule. Celui-ci est quelquefois si étroit, que les moindres tractions le déchirent,

et qu'il est difficile d'en reconnaître les traces dans certaines autopsies. Une pièce présentée à la Société anatomique par M. Demarquay vient à l'appui de cette assertion. (*Bulletins*, 1845, p. 15.) Toutefois des adhérences peuvent fixer ces corps intra-abdominaux aux organes circonvoisins, aux ailerons du ligament large et aux circonvolutions intestinales. Dans d'autres cas, les corps fibreux se développent en dehors de l'organe, non plus en se coiffant du péritoine, mais en le refoulant. Ainsi, partie du col, une masse fibreuse a pu gagner le tissu cellulaire du ligament large, comme nous en avons déjà rapporté un cas, et s'élever vers la fosse iliaque. D'autres fois, c'est dans le tissu cellulaire du bassin que grossissent ces corps fibreux. Une pièce présentée par M. Broca, prosecteur de la Faculté, à la Société anatomique, démontre cette marche singulière. Il s'agissait d'un corps fibreux ayant sa racine sur la partie postéroi latérale du corps et la partie la plus élevée du col, ayant gross vers le cul-de-sac recto-vaginal de manière à gêner les fonctions du rectum, et se prolongeant en bas dans le tissu cellulaire extérieur au vagin, dont il soulevait la paroi. La bosselure intra-vaginale était grosse comme un œuf. Quand les corps fibreux se sont portés vers la cavité de l'utérus et qu'ils n'y tiennent plus que par un pédicule, ils deviennent, avons-nous dit, des polypes.

Les désordres apportés dans la matrice par les corps fibreux ne sont pas également graves, suivant que la malade a passé l'âge critique ou qu'elle est encore dans la période de la menstruation. A chaque époque menstruelle, l'écoulement du sang est plus abondant : il prend tous les caractères d'une hémorragie. Les règles paraissent durer plus longtemps et se rapprocher. Ce phénomène est dû à l'irritation que le corps fibreux exerce sur le tissu utérin, à l'augmentation du volume des artères et des veines, que l'on a trouvées quelquefois rompues à la surface de la membrane muqueuse. Des leucorrhées abondantes épuisent encore les malades, et, ajoutant leur action à celle de l'hé-

morragie, peuvent amener une anémie profonde. Une réaction sur le système nerveux cérébro-spinal achève de tourmenter les malades et devient bientôt la source d'autres phénomènes pathologiques. Enfin, la pâleur de la face, la petitesse et l'irrégularité des battements du cœur, le souffle carotidien, l'œdème des membres inférieurs, la perte de l'appétit, annoncent une fin prochaine. L'intervention de l'art est, dans certains cas malheureusement trop communs, impuissante à conjurer cette fin.

Les altérations dont nous venons de tracer le tableau sont généralement dues aux corps fibreux interstitiels ou saillants dans la cavité muqueuse de l'utérus; ceux qui sont libres, dans le péritoine, ne dérangent point les règles ni les autres fonctions de la matrice. Quand ils sont petits, rien ne décèle leur existence; mais quand ils sont devenus volumineux, ils gênent par leur poids, par la compression qu'ils exercent sur les organes voisins, par l'obstacle qu'ils opposent à la circulation des produits excrémentitiels. Ils ne s'opposent nullement à la conception pas plus que les corps fibreux intrapariétaux, mais les uns et les autres peuvent empêcher le développement de l'utérus. Des hémorragies causées par les derniers ont, comme nous le dirons plus bas, entraîné plus d'une fois après l'accouchement les malades au tombeau.

Les corps fibreux ne constituent pas toujours une lésion simple de l'utérus; des ulcérations diverses, le cancer, occupent quelquefois en même temps le col de l'organe; des hydropisies de la trompe, des ovaires se voient souvent aussi en même temps avec eux.

TROISIÈME PARTIE.

Les opérations applicables à des corps comme ceux dont nous venons de tracer l'histoire ne sauraient être nombreuses. Enchâssés dans un organe très-adhérent à la plus grande séreuse de l'économie, voisins de réservoirs destinés à recevoir des substances excrémentitielles, saillants quelquefois dans l'abdomen, durs, énucléables, il est vrai, mais non pas toujours aussi facilement qu'on se l'imagine, pédiculés dans le péritoine, ne formant qu'une ronde-bosse dans la cavité utérine, ils échappent à la plupart des méthodes opératoires. Qui pourrait songer à diriger contre eux la cautérisation, l'arrachement, la torsion, le broiement, la ligature? Le morcellement ne leur est applicable qu'à titre d'adjuvant, de procédé d'extraction, alors que leur volume ne permet pas de les faire passer au travers du col débridé. L'extirpation est donc la seule méthode que la médecine opératoire puisse leur opposer. Deux voies se présentent par lesquelles on peut l'exécuter: ce sont le conduit vulvo-utérin, ou bien une incision pratiquée sur l'hypogastre, comme pour une sorte d'opération césarienne.

I.

Extirpation des corps fibreux par le conduit vulvo-utérin, ou par les voies naturelles.

L'extirpation des corps fibreux par les voies naturelles devait se présenter la première à l'esprit des chirurgiens; cette voie

était indiquée par la cure des polypes fibreux intra-utérins. Aussi c'est par elle que, dans le petit nombre d'opérations de ce genre qui ont été pratiquées, les corps fibreux interstitiels ont été amenés à l'extérieur. Il faut donc faire franchir à la masse qu'on veut extraire le col, le vagin et la vulve. Si le chirurgien est parvenu à faire passer un corps fibreux d'un certain volume au travers du col, à plus forte raison pourra-t-il lui faire franchir l'orifice vulvaire. La première difficulté qui se présente est donc l'étroitesse du col de l'utérus contre laquelle il faut lutter; de là des opérations préalables qui doivent faciliter le passage de la tumeur dans le vagin, opérations qui doivent être elles-mêmes précédées de manœuvres nécessaires pour la connaissance du siége, du volume du produit accidentel et des modifications de formes qu'il a entraînées dans la matrice. Avant donc d'entrer dans l'exposé des moyens qui ont été mis en usage pour isoler les corps fibreux et les extraire, nous devrons parler d'opérations préalables, telles que le toucher, la dilatation et le débridement, qui n'est lui-même qu'un premier temps de l'extirpation. Mais jetons d'abord un coup d'œil sur l'historique de cette opération, et voyons quelles peuvent en être les indications et les contre-indications.

Historique. — L'extirpation des corps fibreux de la matrice n'est point une de ces opérations dont la valeur est connue et dont les indications sont précises et bien déterminées; naguère encore elle n'entrait pas dans le cadre de la médecine opératoire. Un silence complet existe dans les auteurs sur la possibilité d'entreprendre la cure des corps fibreux dont il s'agit. Les polypes intra-utérins avaient bien été l'objet des méditations d'Ambroise Paré, de Saviart, de Levret, de Mauriceau, d'Herbiniaux et de beaucoup d'autres, de même que le célèbre Louis avait conçu la possibilité d'extraire les corps fibreux interstitiels pétrifiés en débridant le col, à la manière de la vessie dans l'opération de la taille; mais aucun d'eux n'avait eu

la hardiesse d'attaquer la paroi utérine pour en énucléer le corps parasitaire. Bayle, Boyer, Dupuytren, MM. Roux et Gerdy regardaient les corps fibreux enchatonnés dans les parois de l'utérus comme étant tout à fait au-dessus des ressources de l'art.

On lit (*Gazette des Hôpitaux*, 1842), dans une leçon clinique d'Auguste Bérard, que « M. Velpeau avait conçu cette idée (celle d'extirper les corps fibreux intra-pariétaux) depuis plusieurs années, mais qu'avant d'agir il avait voulu avoir l'avis de plusieurs chirurgiens des hôpitaux, à l'examen desquels il avait soumis la malade qui était confiée à ses soins. » Auguste Bérard était de ce nombre et rejeta l'opération, qui ne fut point pratiquée. C'est seulement au mois d'août 1840 que fut démontrée la possibilité de pénétrer dans la paroi du corps de la matrice pour en énucléer, en extraire les tumeurs fibreuses. A cette époque, en effet, fut publiée dans la *Revue médicale* l'histoire de la première malade sur laquelle cette opération ait été pratiquée. L'auteur de cette innovation hardie, M. Amussat, fit une seconde fois, l'année suivante, cette extirpation, et publia en 1842 un mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses interstitielles de la matrice et sur la possibilité de les extirper.

Depuis cette époque, plusieurs chirurgiens, encouragés par ces deux succès, ont pratiqué la même opération; ce sont, entre autres, MM. L. Boyer, A. Bérard, et, tout récemment, M. Maisonneuve.

Indications et contre-indications.— Il paraît singulier que l'on ait à discuter aujourd'hui les indications et les contre-indications de l'extirpation d'une tumeur dont Bayle a pu dire : « Lorsqu'elle n'est point pédiculée, qu'elle est seulement saillante dans la cavité utérine, le toucher ne fait quelquefois apercevoir aucune altération notable au col de la matrice, ou bien il n'y fait découvrir qu'une sorte d'aplatissement. Dans ce cas, on ne

peut connaître avec certitude son existence qu'après la mort; et lors même qu'on l'aurait reconnue pendant la vie, on n'aurait pas pu sauver la malade, parce que le corps fibreux n'aurait pas pu être enlevé. » (*Dict. des Sciences méd.*, tome VII, p. 75.) C'est que les tumeurs interstitielles n'ont pas toujours l'innocuité dont elles sont généralement douées; c'est que Bayle n'avait pas songé à l'exploration de l'utérus au moyen de la sonde; c'est que les incisions que l'on a, depuis l'époque où il écrivait, si souvent pratiquées sur le col de la matrice, n'avaient pas encore démontré combien les solutions de continuité de cette partie de l'utérus par l'instrument tranchant, sont moins graves qu'on n'aurait pu se l'imaginer. Il est sûr que certaines tumeurs intra-pariétales de la matrice jouent le rôle d'une épine, irritent le parenchyme de l'utérus, en exaltent la vitalité, et sont la cause des vascularisations que nous avons déjà signalées et des hémorragies qui sont si fréquentes. Il est certain qu'à la longue les femmes chez lesquelles se passent ces phénomènes dépérissent insensiblement et tombent dans une anémie profonde, épuisées qu'elles sont par les pertes sanguines et des leucorrhées abondantes. Quelquefois des perversions bizarres dans l'appétit, qui se perd, ou des contractions utérines qui abattent les forces, hâtent une fin devenue désormais inévitable. L'observation suivante, recueillie par Dance, montre jusqu'à quel point les corps fibreux interstitiels peuvent irriter l'utérus et ruiner l'économie.

« Une femme âgée de quarante-deux ans fut apportée à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois de juin 1826; elle était dans un état tel de faiblesse qu'elle ne put fournir que des renseignements peu circonstanciés sur sa position. On apprit toutefois que les règles avaient cessé depuis quatre ans, et avaient été remplacées par des fleurs blanches abondantes accompagnées de douleurs et de malaises presque continuels dans le bas-ventre, qu'enfin, depuis quelques jours, elle avait été prise de fièvre et de vomissements de matières verdâtres.

« Elle était dans l'état suivant : amaigrissement général, face pâle et nuancée de jaune, douleurs aiguës et continuelles dans la région hypogastrique, crampes dans les cuisses, tiraillements dans les aines, urines rares, épaisses, rendues parfois involontairement, tumeur dure et arrondie faisant saillie au-dessus du pubis et paraissant faire corps avec la matrice. Par le toucher pratiqué dans le vagin, le col de l'utérus fut trouvé régulier et parfaitement sain, mais le corps de cet organe parut volumineux et très-pesant; du reste, le pouls était petit, fréquent, la peau chaude, et tout indiquait une maladie aiguë en activité. (*Les émollients locaux et généraux furent employés.*) Le cinquième jour, la malade succomba. Elle avait éprouvé des vomissements presque continuels depuis son entrée à l'hôpital; les douleurs abdominales s'étaient exaspérées; sur la fin, les membres se refroidirent, le pouls devint insensible. La matrice avait le volume d'une tête de fœtus à terme; elle représentait un ovoïde assez régulier dont la grosse extrémité répondait au bas-fond et dépassait de deux ou trois pouces le rebord supérieur du pubis. Son col était sain et ne présentait aucune trace de ces fentes ou déchirures qu'on regarde ordinairement comme les indices de grossesses antécédentes; les lèvres du museau de tanche étaient exactement rapprochées.

« Une incision ayant été faite sur la paroi extérieure de cet organe, le bistouri a pénétré aussitôt dans un foyer purulent d'où s'est écoulé un liquide sanieux, blanchâtre, opaque, consistant et répandant une odeur assez forte (la quantité de cette matière était estimée à 8 ou 10 onces); en même temps les parois de la matrice se sont affaissées par l'évacuation de cette matière, et dans le fond du foyer a paru à découvert un corps dur, inégal, qui, de prime abord, a été l'objet de plusieurs conjectures. Voici, toutefois, ce qu'il en était : 1° dans l'épaisseur des parois qui composent la moitié latérale droite de la matrice, existait une cavité capable d'admettre le poing; dans son intérieur était contenue une production charnue de forme irrégu-

lière, séparée à sa surface en trois lobes inégaux, par autant de dépressions, et présentant quatre pédicules étroits et courts, au delà desquels il était entièrement libre d'adhérences. L'espace intermédiaire était rempli par la matière purulente dont il a été question. Cette production avait la structure de celles auxquelles on donne le nom de corps fibreux; son intérieur présentait un amas de fibres circonvolutées sur elles-mêmes; sa consistance était médiocre, sa couleur d'un rouge assez foncé, comme si elle eût été le siége d'une congestion sanguine et d'un travail inflammatoire. 2° La poche qui contenait ce corps était inégale, recouverte de fausses membranes et d'un pus concret. Ses parois étaient d'autant plus minces qu'on s'approchait davantage du bas-fond de la matrice, où elles avaient à peine une demi-ligne d'épaisseur, et présentaient déjà les traces d'un ramollissement qui aurait eu pour résultat l'évacuation prochaine de la matière purulente dans la cavité du péritoine. 3° Un stylet, introduit dans le col de l'utérus, ne pénétra qu'en se dirigeant obliquement sur la paroi latérale gauche de cet organe, dont la cavité avait été refoulée dans le même sens et ne ressemblait plus qu'à un sinus étroit et allongé; du reste, cette cloison, de deux lignes d'épaisseur, séparait entièrement la cavité de l'utérus de celle qui contenait le corps fibreux. » (*Archives*, 1829, 7e année, tome XXI.)

Heureusement les corps fibreux interstitiels restent souvent stationnaires dans l'organe qu'ils occupent, sans troubler la santé d'une manière si funeste. Bien des femmes meurent, en effet, sans qu'on ait pu soupçonner, pendant la vie, la présence de ces productions dans leur matrice. Quand des accidents se développent dans les fonctions utérines, le traitement se réduit d'abord à les prévenir et à les combattre; mais, malgré ces efforts, si les hémorragies se répètent, si le souffle des carotides, la pâleur de la face, une faiblesse extrême, la perte de l'appétit et un épuisement profond menacent de leur enlever la vie, le chirurgien est alors autorisé à chercher dans la médecine opé-

ratoire des ressources que la thérapeutique ne saurait lui donner. Dans l'observation précédente, le corps fibreux n'était séparé de la cavité utérine que par une épaisseur de quatre millimètres; il était la cause évidente des accidents hémorragiques qui s'étaient développés, il déviait à gauche la cavité de l'organe. Si des moyens chirurgicaux avaient pu, avant ces derniers accidents, enlever cette cause de tant de désordres, il est raisonnablement permis de supposer que la malade aurait eu quelques chances d'échapper à la mort. L'anémie, l'épuisement amené par les hémorragies et les leucorrhées, est donc l'indication de l'extirpation d'une tumeur fibreuse incluse dans l'épaisseur des parois du corps de la matrice; mais faut-il encore que tous les moyens préventifs aient été employés sans succès. Cependant le chirurgien ne devrait point attendre que l'épuisement de la malade fût porté à son comble; cet état serait, au contraire, une contre-indication formelle, car il est des cas où la perte de la moindre quantité de sang serait fatale. Le repos le plus absolu, l'administration des médicaments antihémorragiques, les injections astringentes et, plus tard, les toniques, tels que le quinquina, les amers, et un régime analeptique devraient être prescrits, afin de tâcher d'arrêter le sang et de relever les forces.

Certaines conditions anatomiques aggravent ou contre-indiquent encore l'extirpation des corps fibreux intra-pariétaux de l'utérus. Si la tumeur occupe le fond de l'organe, si elle est en même temps volumineuse, le doigt n'arrivera qu'avec difficulté jusque sur elle pour en déchirer les moyens d'union. D'autre part, le diagnostic ne pourra être porté de manière à autoriser les tentatives d'extirpation. Qui pourrait savoir, en effet, si la tumeur formée dans le fond de la matrice est bien due à un seul corps fibreux faisant relief vers la cavité muqueuse, ou bien à d'autres corps fibreux plus ou moins gros encore recouverts de tissu utérin? La pièce représentée dans la fig. 5 donne à penser combien ce diagnostic est difficile. Il eut été impos-

sible de reconnaître pendant la vie qu'il y avait vers le fond de l'utérus une tumeur distincte de celle qui proéminait dans la cavité muqueuse.

Qu'on veuille bien jeter un coup d'œil sur la fig. 1; la masse proéminente est un composé de plusieurs tumeurs fibreuses au milieu desquelles se trouvent des fibres utérines hypertrophiées. Aurait-on pu, sur le vivant, reconnaître une pareille lésion? C'est donc l'incertitude du diagnostic, plus encore que les difficultés attachées au manuel opératoire, qui contre-indiquent toute tentative d'extirpation des tumeurs fibreuses occupant le fond ou simultanément la partie supérieure des parois et le fond de l'utérus.

L'anatomie pathologique nous fait connaître des corps fibreux présentant des lobes saillants et des anfractuosités qui s'enchevêtrent dans les anfractuosités et les saillies correspondantes de la cavité qui les renferme. Il est difficile aussi de diagnostiquer cette disposition; c'est pourquoi la bosselure intra-utérine n'étant pas régulière, le chirurgien, en entreprenant l'opération, s'exposerait à la laisser incomplète, accident qui paraît avoir toujours déterminé la mort.

Quand les corps fibreux sont multiples, il est impossible encore de porter un diagnostic positif sur l'état de celui qui paraît vers la cavité de l'organe. On ne peut dire si les autres se sont séparés du parenchyme, ou s'ils sont en partie compris dans les parois de l'organe; si plusieurs d'entre eux sont dans la même coque fibro-celluleuse, disposition dont un bel exemple est représenté dans la fig. 6. Une malade qui recevait les soins de MM. Ribes, Magendie et Amussat, mourut, épuisée par des pertes continuelles dues à des tumeurs fibreuses qui occupaient la matrice : la plus grosse présentait une ronde-bosse saillant dans la cavité utérine, qui était dilatée et béante; toutes les autres étaient intra-abdominales. (*Amussat*, p. 14.) J'ai sous les yeux une autre pièce pathologique prise dans les pavillons de l'École pratique. Un corps fibreux occupe la partie externe et

supérieure de la moitié latérale gauche de la paroi de la matrice; il fait un relief dans la cavité muqueuse et dans celle du péritoine; le tissu utérin est épaissi, rouge, l'organe plus vasculaire et plus mou que dans l'état ordinaire; mais deux autres tumeurs de la grosseur d'une noisette existent dans l'épaisseur du fond de l'utérus : comment, sur le vivant, reconnaître ces deux différents états? D'ailleurs, en supposant que le diagnostic pût être établi, serait-on autorisé à extirper l'une d'elles? Si l'on considère que très-souvent les corps fibreux se développent vers le péritoine, et s'accroissent dans l'abdomen, sans causer de troubles dans les fonctions de la matrice, on est autorisé à croire que les hémorragies sont dues bien plus à la tumeur interstitielle des parois; dès lors l'indication d'enlever la cause des accidents pourrait paraître plausible. Mais si l'on songe que, par cela seul qu'on peut sentir quelques tumeurs arrondies dans le fond du bassin, autour de l'utérus, c'est une raison de supposer qu'il en existe encore d'autres très-petites qui sont hors de la portée de toute exploration dans l'épaisseur des parois; si, de plus, on songe que ces corps irritent le tissu qui les porte, et qu'en conséquence les inflammations s'y développent avec plus de facilité, on devra conclure que la présence de tumeurs multiples est une contradiction formelle à l'opération. Si le toucher, si des tractions seules exercées sur les corps fibreux interstitiels ont pu amener une métro-péritonite, quelle ne serait donc pas l'influence d'une extirpation longue et pénible sur un organe qui contient des éléments d'irritation!

La densité (et qui pourrait la diagnostiquer pendant la vie?), la densité des corps fibreux peut être telle, que tous les efforts de morcellement soient impuissants. Les corps dont la masse est très-compacte, d'une consistance presque ligneuse, comme on peut en voir au musée Dupuytren, ne peuvent être aisément divisés, alors que le chirurgien est forcé d'agir profondément dans le bassin et sans liberté. Si des pétrifications se sont établies dans l'épaisseur de ces masses, il est impossible de les di-

viser avec l'instrument tranchant; leur cohésion rendrait tous les procédés imaginés pour l'extraction tout à fait inefficaces; mais si leur volume n'est pas trop grand, et qu'il ne paraisse pas s'opposer à leur issue au travers du col, la consistance de ces corps ne saurait constituer à elle seule une contre-indication.

Nous avons dit que des ulcérations pouvaient compliquer la présence d'un corps fibreux de la matrice. Dans un cas que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu, l'examen microscopique permit de reconnaître la nature épithéliale de l'ulcération du col après la mort. Des corps fibreux existaient dans l'utérus. Si, dans un cas pareil, la sonde faisait constater une légère bosselure sur une des parois, ou mieux encore, si l'orifice ulcéré du col permettait l'introduction du doigt dans l'utérus; si, en un mot, l'existence et l'étendue du corps fibreux pouvaient être ainsi positivement reconnues, il serait encore imprudent de faire des tentatives pour l'extirpation avant la guérison de l'ulcère. L'opération est encore contre-indiquée quand l'utérus n'est point mobile et qu'il a préablement existé des inflammations dans le bassin. L'utérus ne pourrait être abaissé dans ce cas sans causer des tiraillements funestes. On courrait d'ailleurs le risque de provoquer une inflammation avec d'autant plus de facilité que la région aurait été déjà enflammée. Les mêmes objections sont applicables aux cas dans lesquels les trompes ou les ovaires, fixés par des adhérences aux parois latérales du bassin ou de l'abdomen, ont fortement incliné l'utérus d'un côté et le maintiennent dans cette position d'une manière permanente en déviant le col du côté opposé.

Nous n'avons voulu parler jusqu'à présent que des tumeurs fibreuses incluses dans les parois du corps de l'utérus. Si des accidents redoutables peuvent seuls en autoriser l'extirpation, il n'en est pas de même pour celles qui sont logées dans l'épaisseur d'une des lèvres du col. On sait, en effet, que ceux-ci peuvent grossir dans la cavité du col ou dans l'angle formé par cette partie et le vagin, que de plus elles allongent quelquefois une des lèvres.

Si, dans tous ces cas, quelques hémorragies ou des leucorrhées détériorent tant soit peu la santé; si la malade accuse des tiraillements dans les aines, dans les cuisses, un sentiment de pesanteur dans le bassin, des douleurs dans la région lombaire; l'indication est claire, car les incisions pratiquées sur la partie vaginale du col ne sont pas graves; car l'opération n'expose pas à des longueurs pénibles, à des dissections fatigantes, et au danger de blesser le péritoine. Une observation empruntée à la pratique de Blandin en est la preuve. Appelé auprès d'une malade que fatiguaient des hémorragies et des leucorrhées, ce chirurgien, reconnut que dans le sinus de l'angle formé par la lèvre postérieure du col et le vagin existait une tumeur qui tendait à se pédiculer. L'opération fut décidée. Une incision transversale ayant été faite sur la base de la tumeur, le chirurgien saisit le corps fibreux avec une érigne, et au moment où il prenait les ciseaux pour la détacher de ses adhérences, soit que son mouvement eût déterminé une traction sur la tumeur, soit que la coque cellulaire qui l'enveloppait fût trop lâche, le corps fibreux se détacha et l'opération fut terminée. Des énucléations de ce genre ont souvent été faites par M. Huguier, alors qu'il avait un service à l'hôpital de l'Oursine.

L'indication d'extraire les corps fibreux de la paroi du corps de la matrice serait égale à la précédente, si une tumeur fibreuse présentait une moitié de sa sphère non plus vers le fond de l'utérus, mais vers son col, et si, quoique encore peu volumineuse, elle causait des pertes abondantes, l'extirpation serait aussi indiquée. Il ne serait point nécessaire qu'une rainure la séparât de la paroi utérine, cas dans lequel une incision en deçà de cette rainure suffirait pour l'atteindre et l'énucléer aisément. (Velpeau, *Médecine opératoire*, tome IV, pag. 396.) S'il en était ainsi, on aurait affaire à une tumeur fibreuse déjà un peu pédiculée, forme qui en rejette le traitement dans celui des polypes; quant à celle dont il s'agit, des incisions convenablement pratiquées suffiraient pour en venir à bout.

En résumé, les raisons qui pourraient porter le chirurgien à pratiquer l'opération qui consiste à extirper les corps fibreux intra-pariétaux ne sauraient exister : 1° pour le corps, que dans le cas où des hémorragies répétées ont détérioré la santé et menacent à la longue de compromettre la vie, et où l'emploi d'une médication appropriée serait encore sans effet, sauf toutefois les contre-indications dont l'étude précédente a été faite, et qui réduisent considérablement le nombre des extirpations à pratiquer; 2° pour le col, que dans les cas où l'épaisseur de l'une des lèvres étant occupée par un petit corps fibreux, les fonctions de l'utérus sont dérangées et où il en résulte des douleurs fatigantes et un état général mauvais. Je rapproche des tumeurs interstitielles du col, sous le point de vue des indications et des contre-indications, celles qui, petites, font une saillie dans la cavité utérine, tout près de l'orifice cervico-utérin.

OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Les opérations préliminaires à l'extirpation des corps fibreux interstitiels sont le toucher, l'examen au spéculum, le cathétérisme, la dilatation et le débridement du col.

Le toucher doit être exécuté suivant les règles générales indiquées pour toutes les opérations que l'on pratique sur le fond du vagin ou sur l'utérus. J'insisterai seulement sur l'exploration de tout l'intérieur de la cavité utérine, quand elle est possible de prime abord ou qu'elle l'est devenue par suite de la dilatation convenablement dirigée. Cet examen est une des ressources les plus importantes pour constater l'étendue de la tumeur; quelquefois même il permet de percevoir d'autres bosselures, annonçant la présence de corps fibreux multiples.

L'examen au spéculum n'a rien ici de spécial et qui ne soit bien connu pour toutes les explorations du col de l'utérus. On sait qu'en ouvrant les branches d'un spéculum bivalve on agit

sur les lèvres d'une manière médiate, car celles-ci obéissent aux tractions que l'instrument exerce sur le fond du vagin. De cette façon, les lèvres écartées permettent d'apercevoir l'intérieur du col. Recommandons cependant, soit le spéculum utérin de M. Pereire, soit les deux petites valves implantées sur l'extrémité de pinces mousses, au moyen desquelles M. Laugier dilate le col; mais toutes les ressources que l'art possède pour permettre autant que possible l'inspection de l'intérieur de la matrice, seront examinées dans la partie relative à une autre opération préliminaire, la dilatation.

Cathétérisme. — Le cathétérisme utérin se pratique avec une bougie de gomme élastique, une sonde de femme ordinaire, ou, mieux encore, avec un instrument particulier qui a reçu le nom d'*hystéromètre*. Celui de Simpson n'est autre chose qu'une tige de vingt centimètres de longueur, montée sur un manche, un peu courbe vers son extrémité qui est mousse, la courbure étant celle à peu près que décrivent dans l'état normal le col et le corps de la matrice réunis. Cette tige présente, dans presque toute son étendue, des lignes transversales mesurant l'espace d'un centimètre. Cependant, pour éviter les rugosités causées par ces rainures, l'instrument n'est gradué qu'à une distance de quatre centimètres de l'extrémité utérine. Un curseur peut être placé à la hauteur qu'il est nécessaire d'indiquer. Quand l'instrument est introduit dans la matrice, on le pousse avec les doigts portés dans le vagin jusqu'au niveau du col. M. Huguier, qui a fait un fréquent usage de l'hystéromètre, en a fait construire un dont l'extrémité est plus grosse, pas assez cependant pour être arrêtée par l'orifice cervico-utérin dans le but d'éviter des blessures sur le fond de l'organe, accident qui paraît être arrivé. Le curseur est bien plus facilement poussé sur l'extrémité du col au moyen d'une tige centrale sur laquelle passe une vis propre à la fixer.

La malade étant placée sur le bord de son lit comme s'il s'a-

gissait d'introduire le spéculum dans le vagin, le chirurgien introduit le doigt indicateur de la main gauche jusqu'à l'orifice du col, en dirige la face palmaire à gauche et fait glisser sur cette face la tige de l'instrument explorateur. Il le pousse avec ménagement dans le col, puis dans le corps de la matrice, et peut dès lors en mesurer l'étendue, en reconnaître la forme, et, s'il existe des corps fibreux qui bombent dans cette cavité, en déterminer approximativement le siége et le degré de saillie.

Si l'instrument n'est porté dans le sens vertical qu'à deux, trois, quatre centimètres et demi, comme cela arriverait sur un utérus analogue à celui que représente la fig. 2, la hauteur est diminuée; si son extrémité ne peut être portée à droite ou à gauche, les dimensions transversales sont effacées. Quelquefois il existe des adhérences sur cette face muqueuse, l'instrument ne peut point alors pénétrer. L'hystéromètre s'enfonce-t-il au delà de cinq à cinq centimètres et demi, la hauteur est accrue. On peut reconnaître aussi que la cavité a augmenté de largeur, quand l'instrument paraît parcourir un espace beaucoup plus grand que dans l'état normal. Supposez que la tige ne puisse être portée ni à droite ni à gauche, mais bien d'avant en arrière et d'arrière en avant, la forme triangulaire a disparu, la cavité n'est plus réduite qu'à une simple fente suivant un plan antéro-postérieur. Si, au contraire, en suivant cette fente, l'hystéromètre décrit dans son trajet une ligne courbe, on a affaire à un utérus dont l'intérieur est occupé par une tumeur placée à droite ou à gauche, selon que la concavité de la ligne courbe parcourue regarde à gauche ou à droite. Un corps fibreux interstitiel qui occuperait la partie antéro-latérale droite ou gauche de la matrice, et qui ferait une bosselure dans la cavité, aurait réduit aussi cette cavité à une ligne courbe; mais la sonde irait plus loin en arrière qu'en avant. (La figure 5 représente cette disposition.) Ce sera l'inverse pour un corps fibreux occupant la partie postéro-latérale gauche ou droite. Si des tumeurs du col ont rendu le

canal flexueux, si la matrice renferme plusieurs tumeurs à droite et à gauche, formant des saillies et des anfractuosités qui se reçoivent les unes les autres, la sonde exploratrice ne pourra cheminer qu'après avoir été inclinée alternativement à droite ou à gauche. Enfin, si des corps fibreux ont causé des antéflexions, des rétroflexions, des flexions latérales, l'hystéromètre ne pénétrera jusqu'au fond de l'utérus qu'autant que la concavité de son extrémité sera dirigée dans le sens de la courbure anormale. Dès lors le sens de la flexion sera facilement découvert.

Veut-on reconnaître le siége du corps fibreux? Si la sonde, portée au fond de l'utérus, pénètre d'une petite quantité, il sera présumable qu'il occupe le fond. Qu'on poursuive l'exploration, que l'instrument soit porté sur ce fond en avant, en arrière et sur les côtés, il pénétrera peut-être un peu plus loin, mais moins encore que dans l'état normal. Soulevez ensuite avec l'hystéromètre le fond de l'organe sous la paroi abdominale, la main, placée dans la région hypogastrique, pourra le sentir. Si dès lors la sonde ne pénètre, je suppose, qu'à trois, quatre centimètres, il sera évident qu'entre elle et la main il existe autre chose que l'épaisseur du fond de l'utérus et de la paroi de l'abdomen. Le corps fibreux occupe-t-il l'épaisseur de la paroi postérieure, la sonde parcourra une ligne courbe concave en arrière, et d'autant plus prononcée, que le corps sera plus saillant. D'ailleurs, le doigt placé dans le rectum pourra aider à en apprécier approximativement l'épaisseur. Ce doigt sentirait l'hystéromètre, si la paroi ne renfermait pas de corps fibreux. Est-il placé dans la paroi antérieure, la courbe parcourue par la sonde aura une disposition inverse. Nous avons dit ce qui arrivait quand il était placé dans la partie antéro-latérale ou postéro-latérale droite ou gauche. L'hystéromètre mettra aussi sur la voie de connaître à peu près le degré de saillie du corps fibreux dans la matrice, selon que les trajets qu'il aura à décrire seront plus ou moins courbes et étendus. Un polype serait circonscrit dans

une grande partie de sa périphérie, excepté dans une petite limite correspondant à l'implantation du pédicule.

Le cathéter a non-seulement l'avantage de permettre au chirurgien d'apprécier les diverses altérations de forme de la cavité utérine, mais il donne aussi la facilité d'explorer, jusqu'à un certain point, la partie extérieure du fond de l'organe. En effet, en inclinant le manche en bas et en portant un peu l'instrument en haut, on met la matrice sous la main dans la région hypogastrique, et si des bosselures causées par la présence du corps fibreux existent sur le fond, comme cela arrive si souvent, on peut les reconnaître, surtout si la paroi abdominale est flasque et peu épaisse. Il peut exister cependant des cas où, la paroi abdominale étant chargée de graisse et les corps fibreux n'ayant pas encore acquis assez de volume, le diagnostic est obscur et même impossible.

Les avantages du cathétérisme utérin sont nombreux; mais il ne faut pas perdre de vue que, chez certaines femmes, l'utérus qui porte des corps fibreux dans ses parois est malheureusement doué d'une aptitude spéciale à s'enflammer. S. Lee annonce avoir observé trois fois des métro-péritonites à la suite du cathétérisme utérin; une fois cependant la sonde avait été introduite avec beaucoup de soins et de ménagement. Le chirurgien ne doit pas perdre de vue cet inconvénient attaché à l'usage du cathéter; il faut, en conséquence, qu'il en use avec sagesse, s'il ne veut pas enlever à ce moyen les nombreuses ressources qu'il fournit.

Dilatation. — C'est une opération préliminaire dont l'utilité est très-grande pour le diagnostic et nécessaire pour l'extirpation du corps fibreux. Elle peut être obtenue par l'introduction dans le col de bougies de plus en plus grosses, laissées à demeure et fixées par des moyens convenables, comme des morceaux d'éponge ou des boulettes de charpie, le tout étant soutenu par un bandage en T. Ces bougies peuvent être

de cire, de gomme élastique, de buis, de baleine ou d'ivoire flexible; mais ce moyen de dilatation est lent, et convient peu pour le genre d'exploration dont il s'agit. La racine de gentiane, l'éponge préparée, mises plusieurs fois en usage, ont donné souvent d'heureux résultats, mais ne doivent pas, à mon sens, être préférées. Un cylindre de ces substances étant introduit dans le col, la dilatation ne se fait pas longtemps attendre; car l'humidité du vagin imbibe ces corps, qui se distendent et exercent une pression périphérique permanente sur la cavité qui les enferme. C'est une force aveugle, dont l'intensité ne peut être mesurée, et qui produit souvent des accidents de métrite, de métropéritonite. La mort a été le résultat de ces inflammations, causées par ces dilatations énergiques et prolongées. Quand l'éponge préparée ou la gentiane ne sont pas bien placées dans le col, que, par exemple, un bout dépasse un peu la cavité, ou vers le vagin ou vers l'utérus, cette portion se développe bien plus que celle qui est dans le col. En augmentant de volume, elle attire peu à peu à elle les portions attenantes, et, au bout de peu de temps, le cylindre entier tombe dans le vagin ou dans l'utérus, d'où il est difficile quelquefois de l'extraire. Dans le premier cas, son emploi est sans effet; dans le second, il peut être funeste. Je n'ignore pas que l'éponge préparée est journellement mise en usage, et avec d'heureux résultats, par les accoucheurs qui veulent dilater le col. Mais on ne peut comparer le tissu mou, imbibé de sang du col utérin au moment de l'accouchement, avec les fibres dures, compactes de ce col dans l'état de vacuité. Nous avons dit qu'il était peu extensible. A la manière des aponévroses, il peut se laisser dilater à la longue, mais non pas instantanément; or, l'éponge et la racine de gentiane tendent à augmenter brusquement de volume dès qu'elles sont imbibées par les liquides du vagin et de l'utérus.

Si toutefois on se décidait pour l'emploi de l'éponge préparée ou de la racine de gentiane, il faudrait préparer un cône de l'une

de ces deux substances, de la dernière surtout, fixer un fil vers sa base, pour le retirer plus tard. Pendant l'introduction de ce cône, il faut avoir la précaution de ne pas trop écarter l'extrémité des valves du spéculum ; car, en entr'ouvrant l'extrémité inférieure du col, elles tendraient à rétrécir la partie supérieure du canal, ce qui causerait immédiatement la chute de l'éponge dans le vagin. Lors que cette substance est introduite, elle doit être maintenue par les mêmes moyens que les bougies.

Divers autres procédés s'offrent encore au chirurgien pour obtenir cette dilatation. Le plus simple consiste à introduire dans la cavité du col une pince à pansement, dont les extrémités sont mousses, et à en écarter les branches modérément. Cette manœuvre devrait être pratiquée tous les jours et plusieurs fois dans chaque séance. En agissant ainsi, M. L. Boyer obtint une dilatation marquée qui permettait l'introduction de l'extrémité du doigt indicateur, sur un col qui, dix jours auparavant, ne pouvait recevoir la pulpe du même doigt. M. le docteur Grelat renouvelait ces tentatives chaque jour et dans différentes directions. Cependant on crut devoir finir cette dilatation par l'emploi de l'éponge préparée, qui ne fut point suivi d'accidents. Au lieu d'employer l'extrémité des pinces à anneaux, il serait préférable de les garnir de deux valves analogues à celles du spéculum bivalve, et qu'un mécanisme particulier fixerait au bout des branches. C'est ainsi qu'agit M. le professeur Laugier, transportant, pour ainsi dire, un petit spéculum utérin au bout de la pince.

Mais ces moyens de dilatation du col ne sauraient permettre au chirurgien de voir tout le pourtour de la cavité du col, ni, à plus forte raison, les altérations de forme qui peuvent exister profondément daus cette partie de la matrice. Les dilatateurs de MM. Busch et Huguier sont bien préférables. Les pinces, les deux valves de M. Laugier, en distendant le col, agissent aux deux extrémités de l'un de ses diamètres transversal antéro-postérieur ou oblique, selon la direction qu'on

donne à l'instrument. Ces tractions en sens inverse rapprochent les deux lèvres l'une de l'autre en les distendant à la manière de deux forces qui tireraient en sens inverse sur les extrémités d'une boutonnière. Par ce procédé, le chirurgien doit porter successivement ces tiraillements sur tous les points de la circonférence de l'orifice utérin. Le dilatateur de M. Busch et celui de M. Huguier ont trois branches qui s'ouvrent par un mécanisme très-simple. Celui de M. Busch est courbé vers l'extrémité qui est introduite dans le col et muni d'anneaux à l'autre bout. Le dilatateur de M. Huguier est droit et muni d'une vis et d'un écrou qui peuvent maintenir, pendant tout le temps que le désire le chirurgien, la dilatation qu'il opère. Ces trois branches étant écartées les unes des autres, agrandissent l'ouverture du col suivant deux diamètres perpendiculaires l'un à l'autre. Elles permettent de voir dans leur écartement l'intérieur du col, et quand la dilatation est suffisante, l'orifice cervico-utérin. Ce moyen, mis en usage à plusieurs reprises et avec sagesse, peut amener plus facilement des dilatations étendues; tous ces dilatateurs ont sur les agents aveugles, tels que la gentiane et l'éponge préparée, l'avantage inappréciable de laisser au chirurgien la faculté de graduer à volonté la force qui distend le tissu du col.

Débridement. — Les incisions que l'on pratique sur le col, afin d'obtenir une ouverture capable de donner issue au corps fibreux, se pratiquent de plusieurs manières. Tantôt le chirurgien opère de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors. Ce dernier procédé expose à faire des échappées, soit du côté de la vessie, soit du côté du péritoine, selon que l'instrument est porté sur la lèvre antérieure ou sur la lèvre postérieure. Quand on coupe selon le diamètre transversal du col, c'est-à-dire vers les commissures, le vagin peut être intéressé ainsi que les veines nombreuses qui l'environnent. Les échappées sont d'autant plus faciles que le tissu du col est plus com-

pacte et plus dur. Aussi diverses précautions sont indiquées pour obvier à ce danger.

De dedans en dehors. — Ce débridement peut être fait avec le bistouri seul ou avec le bistouri conduit sur une sonde cannelée. L'instrument doit être mousse ou boutonné à son extrémité. L'incision sera faite de préférence suivant le diamètre transversal du col, afin d'éviter le péritoine et la vessie. L'étendue ne doit pas s'élever au-dessus de l'insertion vaginale. Cependant il n'est point aisé, par ce débridement de dedans en dehors, de limiter l'incision en hauteur aussi bien qu'on serait tenté de le croire. Toutefois l'incision pourrait être funeste si elle atteignait le cercle artériel placé un peu au-dessous de l'orifice cervico-utérin. Nous avons dit que le calibre de cette branche artérielle, qui a la forme d'un anneau, est assez grand pour faire craindre une hémorragie sérieuse. Une des plus grandes difficultés de cette incision avec le bistouri porté de dedans en dehors est la mobilité de l'utérus. En effet, le tissu dur du col cède peu à l'action de l'instrument, qui le pousse par conséquent devant lui en l'incisant. Cette particularité fait aussi que la solution de continuité n'est pas aussi étendue que le chirurgien l'aurait désiré, qu'elle n'est pas nette dans sa partie la plus reculée, où elle va en dédolant, en sorte que l'extrémité du col se trouve seule coupée dans toute son épaisseur. De là un autre procédé, imité de celui au moyen duquel on débride le col de la vessie dans l'opération de la taille périnéale.

Louis avait imaginé des ciseaux dont les lames étaient tranchantes sur leur bord externe. Cet instrument, introduit dans le col de l'utérus, les lames devaient être écartées, et l'incision se trouvait pratiquée. On comprend l'imperfection de cette espèce de lithotome double, les lames étant écartées seulement vers leur extrémité, et étant rapprochées vers leur articulation. Du reste, Louis ne fait qu'en proposer l'emploi pour faciliter l'extraction des pierres de la vessie sans l'avoir jamais mis en

usage. Le lithotome double, le lithotome simple, sont évidemment bien meilleurs; leurs branches sont plus longues, moins obliques l'une vers l'autre; elles ont donc l'avantage de couper le col dans une plus grande étendue à la fois. Si l'on se sert du lithotome simple, il faut diriger le tranchant de la lame cachée alternativement à droite et à gauche; le lithotome double offre sur ce dernier le léger avantage d'être plus expéditif. Mais ces instruments ont des lames longues qui sont flexibles et plient sous la résistance qu'oppose à la section le tissu du col. Quelquefois, au lieu d'une incision dans toute l'étendue du museau de tanche, on ne fait que labourer la surface interne dans une certaine étendue. Cependant, avec des lames assez fortes et un écartement suffisant, le débridement peut être bien exécuté, comme l'expérience l'a démontré dans bon nombre de cas. Au moyen de ce procédé, l'utérus est moins mobile que dans le procédé qui consiste à opérer le débridement avec le bistouri, car la séparation des lames de l'instrument maintient le col tout à fait fixe. Pour rendre l'opération plus facile encore, M. Récamier se sert d'un lithotome dont l'extrémité recourbée accroche le col et l'incise en se retirant. En tout cas, que l'incision ait été pratiquée avec le bistouri seul ou conduit par une sonde cannelée, que le chirurgien ait préféré l'emploi du lithotome simple ou du lithotome double, il n'en est pas moins de précepte de prolonger par déchirure les solutions de continuité, afin de ne pas couper de vaisseaux; on introduit pour cela le doigt dans l'ouverture du col et on la dilate par des pressions convenables. Que si l'ouverture est encore trop étroite, de nouvelles incisions, pratiquées avec le bistouri boutonné sur les lèvres antérieure et postérieure, pourront être d'une grande utilité. C'est là le débridement multiple.

Tantôt le débridement multiple a été pratiqué dans le courant de l'opération, en face des difficultés qui se présentaient, tantôt l'incision sur la lèvre postérieure a été faite avant de procéder aux tractions sur le corps qu'on devait extraire. Les

précautions doivent être plus grandes après la double incision latérale, parce que les lèvres du col sont moins tendues, qu'elles cèdent davantage sous l'action de l'instrument. On doit prendre garde bien plus encore de ne pas dépasser les insertions du vagin, car plus haut la vessie ou le péritoine seraient intéressés, danger auquel n'exposent point les incisions latérales; mais celles-ci, trop profondes, conduiraient dans le tissu cellulaire, que nous avons dit se continuer avec celui des ligaments larges. Les incisions multiples sont pratiquées avec le bistouri boutonné, conduit sur la pulpe du doigt indicateur gauche.

De dehors en dedans. — Le débridement de dehors en dedans met à l'abri de la blessure des organes circonvoisins. Il renferme deux procédés. Dans l'un, on doit se servir d'un bistouri à extrémité mousse ou boutonnée dont on dirige la lame transversalement. La section faite d'un côté, on la pratique de l'autre, et l'on agrandit ensuite les incisions par des déchirures pratiquées avec la pulpe du doigt. Cette manière de procéder exigerait que le col fût maintenu dans un certain degré de fixité. Il vaudrait bien mieux employer le débridement de dedans en dehors au moyen du lithotome double, si d'autres procédés ne disputaient à ce dernier les suffrages des praticiens.

Procédés de M. Huguier. — A. Le premier procédé de M. Huguier consiste à introduire le dilatateur dans le col utérin, à en écarter les trois branches, qui tendent sur elles les lèvres comme des cordes. Il est facile de maintenir ce degré de tension pendant le temps convenable, au moyen de la vis qui marche dans l'extrémité libre des branches de l'instrument. Un long bistouri à extrémité mousse est ensuite porté sur la face externe du museau de tanche, et dirigé vers la muqueuse en coupant les fibres du col. Celles-ci se laissent d'autant mieux inciser, qu'elles sont plus distendues; la dilatation pourrait aussi, après la section,

augmenter le débridement par déchirure du fond de la plaie. Les fibres utérines, ainsi placées sur les branches de l'instrument, se laissent couper à la manière d'une bride aponévrotique fortement tendue.

B. Dans son second procédé, M. Huguier se sert d'un couteau et d'un cathéter. Le couteau est formé de deux parties : la lame et le manche. La lame, dont l'extrémité est aiguë, a quatre ou cinq centimètres de longueur; le manche est une longue tige d'acier qui se continue avec la lame sous un angle obtus. Un long bistouri aigu, quoique moins commode, pourrait aussi être mis en usage. Le choix me paraît être une affaire de goût. Quant au cathéter, il ressemble assez à celui qui est introduit dans l'urèthre pour l'opération de la taille latéralisée. Il a, comme lui, une extrémité mousse d'un côté, une plaque de l'autre; mais la rainure, au lieu d'être placée sur la convexité de l'instrument, est sur la concavité; elle présente un ventre large d'un peu plus de un centimètre dans la partie qui doit correspondre à la portion moyenne du col. Elle est destinée à remplir le même rôle que la gouttière creusée sur le gorgeret de Marchettis.

Ce cathéter introduit dans l'utérus, le chirurgien en fait tenir la plaque par un aide qui maintient l'instrument en place. Tandis que, de la main gauche, le chirurgien écarte les lèvres de la vulve et les parois du vagin, il porte le couteau dans le fond du cul-de-sac qui correspond à l'insertion du vagin sur le col, et le pénètre par ponction jusqu'à ce que la pointe du bistouri soit arrivée dans la cannelure du cathéter. Il applique ensuite les deux instruments fortement l'un contre l'autre; la partie qui doit être incisée se trouve dans le sinus de l'angle qu'ils forment, et le chirurgien achève le débridement en retirant ensemble et le cathéter et le couteau, comme on le fait quand on veut retirer le gorgeret et le bistouri dans l'opération de la fistule à l'anus; on pratique ensuite la même opération sur le côté opposé.

Le procédé de débridement avec le bistouri seul de dedans en dehors ou de dehors en dedans, et celui qui consiste à débrider de l'intérieur du col vers le vagin avec le bistouri conduit sur la sonde cannelée, sont inférieurs dans la plupart des cas au procédé de débridement avec le lithotome double pour les raisons qui ont été déjà exposées. Cependant si le corps fibreux a acquis un certain volume, de manière à ôter à l'utérus sa mobilité; si les pressions exercées sur l'hypogastre l'appliquent fortement sur le plancher périnéal, je ne vois pas pourquoi le bistouri à extrémité mousse, conduit par une main exercée, ne serait pas pour le moins aussi utile que le lithotome. Les inconvénients attachés à ce procédé d'incision ayant disparu, le chirurgien trouverait de plus l'avantage de porter le tranchant de l'instrument à la hauteur voulue, précaution pour laquelle le lithotome est moins bon. Le second procédé de M. Huguier est plus sûr; mais il nécessite l'introduction, dans la matrice, d'un instrument, le cathéter. Or, si une tumeur fibreuse remplit cette cavité, la tige courbe buttera contre elle, et pénétrera suivant une certaine direction qui peut ne pas être celle que l'instrument devrait avoir pour le débridement sur les commissures. Il est vrai que l'on peut borner l'introduction jusqu'à l'orifice cervico-utérin; mais un instrument moins courbe devrait être substitué au précédent, afin d'agir avec plus de liberté. On le voit donc, il n'y a pas un procédé qui doive être admis exclusivement au détriment des autres. Dans certains cas, le débridement de dedans en dehors avec le bistouri est facile, prompt et sûr. Dans d'autres cas, les procédés de M. Huguier sont préférables, car ils fixent l'organe et le rendent apte, pour ainsi dire, à une solution de continuité en distendant son tissu.

EXTIRPATION PROPREMENT DITE.

Les opérations que nous venons de faire connaître ne sont

pas indispensables pour l'extirpation des corps fibreux du col; elles s'appliquent surtout à celle des tumeurs qui occupent les parois du corps de l'utérus. Parlons d'abord de l'extirpation des corps fibreux du col.

A. *Extirpation des corps fibreux du col.* — L'extirpation des corps fibreux compris dans l'épaisseur du col peut être faite par des procédés divers.

Incision. — Dans l'observation rapportée plus haut, et qui est tirée de la pratique de Blandin, une incision simple suffit. Il faudrait, dans des cas analogues, la porter près de la base de la tumeur; puis, avec une spatule ou l'extrémité de ciseaux mousses, tenter l'énucléation, qui pourrait être aidée par des tractions exercées au moyen d'érignes ou de pinces à griffes.

Si le corps fibreux était gros, une incision cruciale serait préférable, car elle permettrait de le mettre beaucoup mieux à nu.

Excision du col. — Si un cas analogue à celui qu'a rencontré M. Huguier se présentait, il serait avantageux d'imiter la conduite de ce chirurgien. Indiquée d'une manière spéciale par la déformation de cette partie, l'excision se pratique au moyen d'un bistouri à extrémité mousse. Des ciseaux pourraient aussi être employés; mais, avec le bistouri, le chirurgien est plus sûr d'exciser les lèvres à la même hauteur, et manœuvre avec plus de facilité au niveau de la vulve. Le col de l'utérus étant donc abaissé, un aide maintient les tractions au degré convenable, et le chirurgien, écartant avec les doigts de sa main gauche les lèvres de la vulve, emporte d'un coup de bistouri, tenu de sa main droite, la portion excédante du col.

Si une des lèvres renfermait un corps fibreux gros comme une noix, par exemple, l'autre lèvre étant restée amincie vers

la partie supérieure, tandis que la tumeur aurait grossi dans tous les sens vers le haut du vagin, il serait peut-être plus commode d'agir ainsi qu'il suit : Incision de toute la partie saillante de la lèvre de la base vers le bord, y compris le corps fibreux, qui serait ainsi divisé en deux moitiés égales; énucléation avec une spatule des deux moitiés successivement. Une longue pince devrait aider l'action de la spatule en fixant dans ses mors la coque de tissu utérin.

B. *Extirpation des corps fibreux du corps.*

Nous l'examinerons dans l'état de vacuité de l'utérus, et dans l'état de grossesse.

A. Quand les corps fibreux du corps sont rapprochés de l'orifice cervico-utérin et sont d'un petit volume, gros comme une noix, une pomme d'api, par exemple, l'opération qu'ils pourraient exiger ne serait pas aussi épineuse que celle qui a été appliquée aux autres corps fibreux interstitiels du corps, beaucoup plus profonds et plus volumineux. Une incision courbe portée sur leur base avec un bistouri en rondache, ou une incision cruciale sur leur partie saillante en permettraient l'énucléation avec le doigt ou la spatule aidés de tractions avec des érignes. Mais, si ces corps fibreux sont plus gros, plus enchâssés dans la paroi, l'extirpation est bien moins simple; elle a été faite suivant plusieurs procédés. Avant de les décrire, je crois devoir donner un extrait des observations qui ont été publiées à ce sujet.

M^me^ L..., de taille moyenne, bien proportionnée, n'avait jamais été sérieusement malade, s'était mariée jeune, avait eu trois enfants et fait deux fausses couches, lorsqu'en 1837, ayant alors quarante-cinq ans, elle remarqua quelques dérangements dans ses règles, qui étaient plus abondantes, et revenaient plus souvent et moins exactement. Elle ne fit pas d'abord grande attention à cette circonstance, l'attribuant au commencement de

l'âge critique; mais, au bout de quelques mois, survinrent de véritables pertes, qui, en lui causant de la faiblesse, commencèrent à l'inquiéter. Dans l'été de 1838 déjà, son teint pâle était un peu jaune; elle éprouvait un malaise qui fit présumer que les hémorragies avaient pour cause quelque lésion de la matrice. M. Amussat constata par le toucher que l'utérus était volumineux comme dans un commencement de grossesse, et assez abaissé pour que le doigt atteignît promptement le col. Celui-ci était effacé, et son orifice vaginal dilaté, large comme une pièce de cinquante centimes, pouvait recevoir le bout du doigt indicateur.

A travers cette petite ouverture, je pus, dit M. Amussat, toucher distinctement un corps lisse un peu arrondi, paraissant insensible à la pression. Le doigt, introduit à une profondeur de quelques millimètres, se trouvait entouré en partie par le bord du col utérin très-aminci; mais le corps étranger saillant au-dessus du bord me parut adhérer intimement avec la partie postérieure de celui-ci, et se confondre avec la lèvre postérieure. Un traitement palliatif fut prescrit; on chercha à soutenir les forces et à éloigner l'issue de la maladie. Deux années s'écoulèrent, mais la malade s'affaiblissait toujours. La partie inférieure de l'utérus paraissait de plus en plus volumineuse, le vagin diminuait de longueur, le fond de la matrice proéminait davantage au-dessus du pubis, son col s'élargissait tout en offrant la même disposition.

Une nouvelle métrorragie et un nouvel examen portèrent M. Amussat à déclarer 1° qu'il existait une tumeur dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus, y compris le col; 2° qu'il avait pu introduire le doigt indicateur assez profondément dans la cavité de l'utérus, et reconnaître que la tumeur y formait une saillie arrondie, fortement convexe, d'une grande dimension, oblongue de haut en bas, et n'offrant pas de fluctuation, présentant partout la même résistance, à surface parfaitement égale, lisse et pas sensible au toucher;

3° que la lèvre antérieure du col et une grande partie de la paroi antérieure du corps de cet organe étaient très-notablement amincies; 4° que la lèvre postérieure était volumineuse, arrondie, dure, beaucoup plus saillante que l'antérieure, et se confondait avec la tumeur; 5° que l'utérus était mobile, arrondi en forme de poire, un peu incliné à gauche, et que son fond s'élevait à trois ou quatre travers de doigt de la symphyse pubienne, ayant à peu près le volume de la tête d'un petit enfant à terme; sa surface extérieure, examinée de toutes manières, soit à travers les parois abdominales, soit par le rectum et par le vagin, n'offrant aucune inégalité; 6° que la dilatation du col, appréciée à l'aide du doigt et au moyen du spéculum, avait à peu près l'étendue de la moitié d'une pièce de cinq francs; 7° et qu'en raison de l'écoulement du sang on ne pouvait savoir précisément quel aspect présentait la portion de tumeur embrassée par l'orifice du col; 8° mais qu'il était à croire dès ce moment qu'il ne s'agissait pas d'un polype pédiculé ni d'une affection cancéreuse, mais bien probablement d'un corps fibreux.

L'extirpation de ce corps fibreux fut pratiquée ainsi qu'il suit : la malade fut placée en face d'une croisée, sur une commode préalablement garnie de matelas, d'oreillers et de draps; on avait eu soin de s'assurer de la vacuité de l'intestin et de la vessie. La position de la malade était celle adoptée pour la taille périnéale. Cette femme était couchée sur le dos, elle avait les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le ventre et maintenues convenablement écartées.

En pressant graduellement, mais fortement, sur la région hypogastrique, et en entr'ouvrant la vulve et l'orifice du vagin, on parvint à voir le col utérin et à distinguer parfaitement sans spéculum la partie de la tumeur circonscrite incomplétement par la lèvre antérieure amincie du col de la matrice.

Implantation d'une pince de Museux sur la tumeur, puis d'une seconde et d'une troisième; tractions modérées et en divers sens. Pendant ce temps, les doigts du chirurgien, glissés sur le

bord inférieur, puis sur la face postérieure de la tumeur, détachaient les adhérences de la tumeur avec la matrice. Enfin on parvint à séparer entièrement la partie inférieure de la tumeur de ses attaches au col de l'utérus, dont le doigt put alors parcourir toute la circonférence; de sorte que cette portion de tumeur se trouvait dans les conditions des corps fibreux pédiculés.

Les tractions furent continuées et même avec plus de force au moyen de pinces, qu'il fallut bien des fois replacer, en même temps que l'on continuait à abaisser autant que possible l'utérus dans le petit bassin, par une pression exercée méthodiquement au-dessus du pubis. Cependant le col de l'utérus, disposé en bourrelet assez résistant, ne se laissant plus dilater, et paraissant mettre obstacle à la sortie de la tumeur, fut débridé par quelques petites incisions pratiquées sur plusieurs points à l'aide d'un bistouri droit boutonné et à l'aide de ciseaux longs courbes et à pointes mousses. Mais, ce débridement opéré, la tumeur n'avançait pas davantage; les pinces de Museux, en se détachant plusieurs fois, avaient déchiré la surface de la tumeur, sur laquelle la muqueuse formait comme des brides. Incision de ces brides avec le bistouri; toutefois, la tumeur n'avançant pas davantage, une espèce de spatule à manche fut inutilement mise à l'essai.

Les pinces de Museux furent de nouveau replacées aussi loin et aussi profondément que possible dans le tissu de la tumeur, et, pendant que l'un des aides exerçait de nouvelles tractions absolument comme dans un accouchement difficile avec le forceps, le chirurgien tâchait, au moyen des doigts, de séparer de plus en plus la tumeur.

Après de longues et pénibles manœuvres, et pendant que la malade poussait avec force, la tumeur sortit davantage; le fond de l'utérus s'affaissait, se déprimait, suivait la tumeur elle-même, de manière à produire le renversement de l'organe comme un doigt de gant que l'on retournerait. La tumeur était

déjà hors du bassin, hors de l'anneau vulvaire élargi, et par conséquent hors du cercle formé par le col, qu'elle tenait encore par un large pédicule. Les ongles et la pointe des ciseaux mousses parvinrent à séparer la tumeur du fond de l'utérus renversé. Par ce dernier point d'attache, la tumeur présentait deux inégalités mamelonnées, espèce de têtes de clous emprisonnées à part dans l'épaisseur du tissu musculaire de l'utérus. La tumeur tomba sur le plancher. Aussitôt l'utérus remonta dans le bassin, le col se resserra sur le fond renversé, qui fut repoussé et réduit par les doigts pour s'opposer à l'étranglement. Il restait deux sinus ou excavations dont le fond n'était formé que par une très-légère couche de fibres musculaires, et peut-être seulement par le péritoine. Quelques débris membraneux, provenant de la membrane d'enveloppe et évidemment musculeux, sortaient par l'orifice du vagin. On coupa avec les ciseaux tout ce qui dépassait cet anneau, et le reste fut abandonné à l'action destructive de la suppuration. La vulve fut lavée avec de l'eau fraîche, et la malade portée dans son lit.

Examen de la tumeur :

« Elle avait le volume d'un petit œuf d'autruche, dont elle présentait la forme et la couleur; son poids était de 338 grammes, environ 11 onces; son grand diamètre était de 12 centimètres (4 pouces 5 lignes); son petit diamètre de 7 centimètres (2 pouces 7 lignes); sa grande circonférence était de 30 cent.; sa petite circonférence de 22 cent. Sa surface, d'apparence albuginée, généralement régulière, offrait cependant quelques inégalités; elle était tracée de quelques sillons formant des commencements de lobules; mais, à sa partie supérieure et à droite, on voyait deux saillies mamelonnées, d'inégale grosseur, la plus grosse ayant le volume d'une grosse aveline. Sa consistance était molle et donnait l'idée d'une mamelle de vache remplie de lait.

« Après une incision pratiquée profondément dans les trois quarts de sa longueur, on trouva que toute l'épaisseur de la

tumeur était homogène, d'un blanc mat, offrant des lignes courbes entrelacées, concentriques et fibreuses. En râclant la surface intérieure des deux moitiés de cette tumeur, on n'obtint qu'une très-petite quantité de sérosité blanche trouble; sa substance criait sous le tranchant du scalpel; on n'apercevait entre les fibres aucune trace de vaisseaux.

« La surface extérieure, plus jaune que la substance centrale, était toutefois de même nature et se confondait avec elle; en un mot, cette tumeur n'avait pas d'enveloppe distincte; ce n'était point un kyste, mais bien une tumeur fibreuse molle développée dans l'épaisseur des parois de la matrice où elle se trouvait comme enkystée.

« On remarquait encore à la surface quelques débris rougeâtres, formés évidemment de fibres musculeuses, fragments de son enveloppe formée par la partie la plus antérieure des parois de l'utérus et par la membrane qui tapisse la cavité de cet organe. (Amussat, *Mémoire sur l'anatomie des tumeurs fibreuses de l'utérus, etc.*) »

Une année environ après cette opération, le même chirurgien fut encore appelé à donner des soins à une malade qui présentait à peu près les mêmes symptômes que celle qui a été le sujet de l'observation précédente. Le doigt, introduit dans le vagin à la profondeur de 2 pouces environ, rencontrait la matrice. Le col de cet organe était placé à peu près au centre du vagin et suivant l'axe du détroit inférieur; il était saillant, arrondi, avait 12 à 15 lignes de diamètre dans tous les sens, et présentait une surface légèrement inégale et d'une consistance assez ferme. Au devant de la lèvre postérieure, distendue et amincie, était l'ouverture utérine, marquée par un sillon transversal. Le doigt y fut introduit avec facilité, mais il ne put pénétrer au-delà de 12 ou 15 lignes. Cette lèvre, restée libre, contournait en forme de croissant la lèvre antérieure, fortement engorgée. Je cherchai avec soin, dit M. Amussat, quelque communication entre la cavité du col et celle de l'utérus; il me

fut impossible d'en trouver. Je rencontrai partout une exacte continuité de tissus entre l'extrémité supérieure de la lèvre postérieure et la partie correspondante de l'engorgement de la lèvre antérieure : la cavité de la matrice était donc complétement effacée.

Un gonflement considérable occupait la lèvre antérieure; moins prononcé dans le museau de tanche, il augmentait graduellement en se rapprochant de l'extrémité utérine du col de la matrice, qu'il obstruait complétement. Comme je viens de le dire, la surface de la lèvre antérieure était lisse et unie; la consistance, égale dans tous les points, présentait néanmoins dans son pourtour un tissu un peu plus serré.

L'emploi du spéculum servit peu à éclairer le diagnostic. Le col de l'utérus parut engorgé; il était lisse et d'un aspect violacé; on pouvait le supposer atteint de squirrhe. Au devant de la lèvre supérieure, on voyait un sillon transversal où se trouvait l'ouverture du col de la matrice, déjà reconnu par le doigt.

L'examen du col de l'utérus achevé, j'étudiai, dit encore M. Amussat, le corps de ces organes par le vagin et par le rectum; je reconnus qu'il était plus volumineux que dans l'état normal. Il s'étendait du milieu de l'excavation du bassin à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis, il était de plus mobile, arrondi, sans irrégularité dans toute sa surface, sans douleur dans aucun point à la pression du doigt; il occupait presque entièrement l'excavation du petit bassin.

Le diagnostic fut : une tumeur fibreuse siégeant dans la paroi antérieure de la matrice.

Mêmes précautions préliminaires que dans l'opération précédente : le chirurgien cherche à faire pénétrer le doigt indicateur entre la tumeur et le col de l'utérus en déchirant les tissus, et, portant ensuite avec précaution son doigt à droite et à gauche, parvient à isoler entièrement la tumeur du col de l'utérus.

L'énucléation de la portion correspondant à l'orifice supérieur du col de la matrice étant obtenue, deux pinces de Museux

furent appliquées sur la portion apparente de la tumeur et permirent à l'aide d'exercer des tractions tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Pendant ce temps, le doigt put dégager la tumeur dans presque toute son étendue. Dès lors le chirurgien, ayant exercé inutilement des tractions sur elle, fut forcé de porter un bistouri boutonné sur le col de la matrice où il pratiqua trois ou quatre incisions.

Ce nouveau débridement fut encore sans résultat.

Le chirurgien chercha alors à faire exécuter à la tumeur un mouvement de rotation de haut en bas et d'avant en arrière sur son axe transversal; pour cela les érignes furent successivement appliquées de la partie libre de la tumeur vers la partie adhérente, qui était la plus reculée, et les tractions dirigées en avant et en bas. Cette manœuvre réussit complétement, l'opération dura cinquante minutes; il ne s'écoula qu'une petite quantité de sang.

« Examen de la tumeur. Arrondie, du volume d'un œuf d'autruche, pesant 440 grammes environ, parfaitement régulière, nullement mamelonnée, de consistance fibreuse un peu molle, très-légèrement aplatie de haut en bas, plus volumineuse en arrière et sur les côtés, qu'à la partie extérieure de couleur blanc nacré, parcourue sur toute sa surface par des sillons de 4 à 5 millimètres de largeur, parfaitement semblables à ceux qui, sur la table interne des os du crâne, logent les divisions de l'artère carotide interne.

« Cette tumeur a 10 centimètres 3 millimètres (3 pouces 8 lignes) dans le sens vertical, 12 centimètres en travers (4 pouces 4 lignes), et 9 centimètres 4 millimètres (3 pouces 4 lignes) devant en arrière.

« Sa circonférence horizontale est de 33 centimètres 4 millimètres d'étendue (12 pouces).

« Sa circonférence verticale, 34 centimètres 5 millimètres (12 pouces 4 lignes); enfin, sa circonférence antéro-postérieure, 27 centimètres (9 pouces 9 lignes). La forme de la tumeur, son

volume, sa couleur, les sillons qui parcourent sa surface lui donnent quelque ressemblance avec un cerveau d'enfant enlevé de sa boîte osseuse.

« La surface incisée ou déchirée de la tumeur présente un tissu homogène, dur, résistant, d'un blanc mat, sans aucune trace de vaisseaux, et parfaitement semblable aux tissus fibreux de formation nouvelle. » (Amussat, *ibid.*)

Dans un cas où il s'agissait d'une tumeur interstitielle, occupant la paroi antérieure du corps, M. le docteur L. Boyer commença par débrider le col, et procéda à l'énucléation de la tumeur par le même procédé suivi par M. Amussat sur sa seconde malade.

On lit dans les *Bulletins de la Société anatomique* de l'année 1842, page 82, quelques détails relatifs à l'extirpation d'un corps fibreux interstitiel pratiquée par M. A. Bérard. « Le chirurgien débuta par une double incision transversale qui agrandit de chaque côté l'ouverture du museau de tanche, et en pratiqua ensuite une autre longitudinale sur la face antérieure de la matrice pour mettre la tumeur à découvert. Celle-ci fit saillie au travers de la boutonnière. L'opération se termina par le décollement d'une partie du corps fibreux, qui fut ensuite abandonné dans la matrice dans l'espoir qu'il serait chassé par les contractions de l'utérus à travers l'ouverture pratiquée sur les fibres musculaires. L'ergot de seigle qui fut administré détermina des efforts insuffisants. La malade, épuisée par des métrorragies et des leucorrhées abondantes, ressentit d'abord quelques douleurs locales assez vives qui se calmèrent; mais au bout de trois semaines survint une péritonite à laquelle elle succomba cinq semaines après l'opération. L'autopsie démontra, contre toute attente, que des adhérences plus intimes s'étaient établies entre la tumeur et le tissu utérin. » (*Extrait des Bulletins de la Société anatomique.*)

Je tiens de M. L. Boyer qu'il a été témoin d'une autre opération d'extirpation de tumeur fibreuse interstitielle où le même

procédé que le précédent fut suivi. La mort survint deux jours après.

Voici enfin le fait dont M. Maisonneuve a entretenu dernièrement l'Académie :

« Une dame de trente-sept ans éprouvait depuis quatre années des pertes abondantes (qui se renouvelaient d'abord à chaque époque menstruelle, puis plusieurs fois dans cet intervalle) qui l'avaient réduite à un état d'anémie complet, quand elle vint demander les soins de M. Maisonneuve et de M. Récamier. Développement considérable de l'utérus qui faisait saillie au-dessus du pubis, comme dans une grossesse de cinq mois. Cet organe était régulièrement globuleux, mobile, et un peu incliné en arrière. Le col, placé très-haut, était placé derrière la symphyse du pubis; ses lèvres, à peine entr'ouvertes, ne permettaient pas l'introduction de la phalangette de l'index; une sonde introduite dans l'orifice pénétra à près de 12 centimètres de profondeur et fit reconnaître 1° que la cavité intérieure avait à peine 2 centimètres et demi de large; 2° que la paroi antérieure avait à peu près son épaisseur normale; 3° que la paroi postérieure, au contraire, avait une épaisseur énorme. On diagnostiqua l'existence d'une tumeur fibreuse développée dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus. Tel était le danger de cette affection, que M. Maisonneuve crut devoir proposer à la malade une opération que celle-ci accepta; elle fut pratiquée de la manière suivante :

« La malade couchée en travers sur un lit élevé, la tête soutenue par deux oreillers, les cuisses fléchies et écartées comme pour l'opération de la taille sous-pubienne, maintenue dans cette position par deux aides, on procéda immédiatement à l'inhalation du chloroforme, puis, aussitôt que la malade fut parvenue à l'insensibilité complète, l'opération commença. Sur l'index gauche, préalablement introduit dans le vagin, M. Maisonneuve conduisit un lithotome double qu'il fit pénétrer jusqu'au fond de la cavité utérine. Tournant alors sa concavité en

arrière sur la tumeur, il en ouvrit les lames, et, en le relevant, il incisa largement le col utérin. Aussitôt l'index et le médius furent portés dans le col ainsi entr'ouvert, et déchirèrent par des pressions latérales les angles de l'incision pour l'agrandir et empêcher l'hémorragie; puis ces deux doigts, portés plus profondément dans la cavité utérine qu'ils remplissaient, servirent à déchirer de l'un et de l'autre côté la lame du tissu utérin qui recouvrait la tumeur en avant, et que les lames du lithotome avaient déjà entamée latéralement, surtout en bas. Dès lors les deux doigts en contact avec la tumeur cherchèrent par des mouvements rapides à la contourner et à l'isoler ainsi de la paroi utérine qui l'enkystait. Ce résultat fut obtenu promptement pour le quart inférieur de la tumeur, c'est-à-dire pour toute la portion accessible aux doigts. Alors seulement commença la partie vraiment difficile et laborieuse de l'opération : malgré l'incision latérale du col utérin, malgré l'agrandissement de cette incision au moyen de la déchirure, l'orifice avait à peine 4 centimètres; on l'augmenta d'un centimètre encore en incisant avec le bistouri la lèvre postérieure; c'est à travers cette ouverture étroite que fut menée à fin toute l'opération. Sur ces deux doigts, index et médius gauche, M. Maisonneuve glissa jusque sur la tumeur une forte pince de Museux, puis une seconde, puis une troisième, et, par des tractions énergiques, il chercha à abaisser la tumeur, ou au moins l'utérus en totalité. Il n'obtint rien de cette manœuvre; la tumeur était trop volumineuse pour céder et même s'abaisser d'un seul centimètre. M. Maisonneuve chercha aussi, mais vainement, à la faire tourner sur elle-même en la saisissant par le point le plus élevé; plusieurs minutes et de grands efforts furent dépensés en pure perte dans cette tentative.

« On changea alors de plan de conduite, et, au lieu d'abaisser la tumeur en masse ou de chercher à lui imprimer un mouvement de rotation sur son axe, M. Maisonneuve se détermina à la diviser. Pour cela, il ne laissa qu'une pince de Museux pour

maintenir le côté droit de la tumeur; puis, conduisant sur son doigt (index gauche) une longue paire de ciseaux légèrement courbée sur le plat, il incisa sur la ligne médiane toute la portion de tumeur qu'il avait énucléée, de manière à la diviser en deux moitiés égales, l'une droite et l'autre gauche; la portion droite sur laquelle était fixée la pince de Museux put alors, en s'engageant dans l'orifice, s'abaisser de quelques lignes, et devenir accessible d'autant à l'index gauche, qui continuait l'énucléation, tandis que les ciseaux prolongeaient la division verticale. A mesure que l'on augmentait cette division, la moitié droite de la tumeur s'abaissait, et le doigt index l'énucléait. On arriva ainsi, par la combinaison de ces trois manœuvres, incision, abaissement, énucléation, qui se facilitaient mutuellement, on arriva, disons-nous, au quart supérieur de la tumeur; mais, à ce point, l'abaissement ne se fit qu'avec une extrême difficulté : il fallait tourner ce nouvel obstacle. M. Maisonneuve résolut alors de dédoubler dans son épaisseur la portion droite, qu'il était en train d'extraire, et ses ciseaux, guidés toujours par l'index gauche, attaquèrent cette portion droite de la tumeur d'arrière en avant et de bas en haut, en commençant environ vers la moitié de sa hauteur. Cette manœuvre, en amincissant la partie sur laquelle on agissait, facilita son abaissement, et on put continuer à l'énucléer, puis à l'inciser verticalement jusqu'à sa partie supérieure. Une fois l'énucléation et le dédoublement de cette moitié droite de la tumeur terminés, il devint facile de l'extraire. Restait encore la moitié gauche, mais on agissait dans une cavité devenue large par l'extraction de la première partie; aussi la manœuvre fut-elle bien plus rapide. M. Maisonneuve saisit avec des pinces de Museux l'extrémité inférieure déjà énucléée, les engagea facilement dans le col; les deux doigts index et médius droits exécutèrent promptement l'énucléation dans les trois quarts inférieurs, puis l'utérus put être renversé, de manière à présenter sa face interne au dehors de la vulve : ce qui permit de terminer la dissection

sans difficulté comme sans encombre, et de s'assurer qu'il n'était rien resté de la tumeur. On put aussi reconnaître qu'il n'y avait eu pendant l'opération aucune déchirure des parois, de l'organe, et même que ces parois ne contenaient aucun autre parasite.

« Après ces divers examens, la matrice fut replacée dans ses conditions normales. L'opération avait duré 45 minutes, dont 40 environ pour l'extraction de la première partie, et 5 seulement pour l'extraction de la seconde. La malade n'avait pas un instant cessé d'être sous l'influence du chloroforme. Après l'opération, il fallut s'occuper activement de ranimer la circulation et la sensibilité. Les fenêtres de l'appartement furent ouvertes; une flagellation vigoureuse fut pratiquée sur tous les membres, en même temps que de l'eau froide fut projetée sur le visage, et du vinaigre présenté aux narines et répandu sur les tempes. Sous l'influence de ces moyens, la circulation, presque éteinte, se ranima, et bientôt on dut s'occuper d'un autre ordre d'accidents, de l'hémorragie. Peu de sang avait été perdu pendant l'opération; il s'en écoulait davantage depuis qu'elle était terminée. La malade était épuisée, anémique. Il importait de ménager ses forces; on plaça dans le fond du vagin un gros morceau de glace; on appliqua sur le bas-ventre un cataplasme formé de morceaux de glace entre deux linges, et on donna des boissons froides et de l'eau glacée. Deux heures se passèrent ainsi. Quand M. Maisonneuve revint, il n'y avait plus d'hémorragie, mais la malade était complétement transie de froid. On enleva le cataplasme de glace, on fit placer une bouteille d'eau chaude entre les deux seins, deux autres entre les épaules, une quatrième à la région lombaire. La chaleur ne tarda pas à revenir, il s'établit une réaction douce et un sommeil calme qui dura trois heures. Depuis lors, les choses se sont comportées comme après une simple couche : les règles ont reparu régulières et normales le trente et unième jour, et

aujourd'hui 17 avril, six semaines après l'opération, la malade est entièrement rétablie.

« La tumeur extraite était un corps fibreux pesant 625 grammes, long de 14 centimètres, large de 11 centimètres, épais de 9 centimètres. Sa forme était à peu près exactement ovoïde; sa grosse extrémité était tournée en haut, la face postérieure un peu aplatie, et la face antérieure régulièrement convexe. Elle avait été, dans l'opération, divisée verticalement en deux parties égales, l'une droite, l'autre gauche, la première pesant 325 grammes, et la seconde 300. Sa texture était celle des corps fibreux de médiocre densité; on y voyait quelques lacunes, quelques cavités irrégulières. » (*Archives générales de Médecine*, 4e série, t. XX, p. 112.)

Une autre extirpation de corps fibreux interstitiel a encore été pratiquée par M. Maisonneuve le 8 décembre dernier. Le manuel opératoire n'a présenté rien de particulier.

Premier procédé de M. Amussat. — Il consiste à entreprendre et à terminer l'énucléation avec les doigts seuls ou armés d'un onglet tranchant, et à produire le renversement de la matrice, aux moyens de tractions énergiques. Les doigts déchirent, par un mouvement de va-et-vient, la couche plus ou moins épaisse de tissu utérin qui recouvre le corps fibreux; cela vaut mieux que de se servir d'une spatule recourbée. Avec le doigt le chirurgien sent les tissus, contourne la tumeur qu'il sait ne pas abandonner, évite la paroi postérieure de la cavité accidentelle qui loge ce kyste, paroi qui peut être fort mince, et qu'un instrument rigide pourrait aisément perforer. L'onglet dont M. Amussat s'est servi dans sa deuxième opération expose au même accident : c'est un petit instrument que l'on fixe au bout de l'indicateur au moyen d'un anneau; l'ongle d'acier est supporté par une tige de melchior de 3 centimètres, dont l'extrémité postérieure est soudée à l'anneau. A l'union de celui-ci et de la tige se trouve un cul-de-sac pour loger l'ongle; en arrière, à l'union

de la tige et de l'anneau brisé, est un trou pour passer un fil destiné à fixer l'instrument autour du doigt.

Deuxième procédé. — Après avoir débridé le col et séparé avec les doigts ou l'onglet le corps fibreux de la coque utérine qui le renferme, M. Amussat fixe plusieurs érignes sur la tumeur, à laquelle il cherche à imprimer un mouvement de rotation sur son axe transversal. Pour l'obtenir, il implante des érignes sur le bord décollé de la tumeur, tandis qu'avec les doigts il poursuit l'énucléation, et fait exercer par des aides de fortes tractions dans un sens oblique en bas et en avant. Dès que la tumeur s'est avancée tant soit peu vers le col, une seconde érigne est implantée au-dessus de la première; puis une autre au-dessus de la seconde, et ainsi de suite, jusqu'à ce que, parcourant toute l'étendue du corps fibreux, on atteigne la partie la plus reculée, qui se trouve ainsi attirée vers l'orifice du col, tandis que la partie qui était antérieure se trouve portée en arrière et sort la dernière.

Procédé de M. Maisonneuve. — Le corps fibreux a-t-il un trop grand volume, au lieu de lui imprimer un mouvement de rotation, M. Maisonneuve porte le long du doigt indicateur gauche une longue paire de ciseaux légèrement courbes sur la tumeur, dont il a énucléé la plus grande quantité possible. Il incise celle-ci jusque vers la partie postérieure, en la divisant ainsi en deux moitiés : l'une d'elles est dédoublée par des coups de ciseaux d'arrière en avant et de bas en haut. Cette moitié amincie de cette façon, il est facile d'en attirer une partie vers l'orifice du col, et, en continuant des tractions sur elle, de la dédoubler, de la dérouler, jusqu'à ce que, sa partie la plus reculée étant décollée, on puisse l'extraire de l'utérus. Dès lors l'autre moitié du corps fibreux restant dans une large cavité, où il est facile de manœuvrer, M. Maisonneuve termine comme par le premier procédé de M. Amussat.

Extirpation incomplète. — L'extirpation incomplète consiste à attirer une partie du corps fibreux vers l'orifice du col, et à arrêter l'opération dès qu'on a obtenu cet abaissement. Le seigle ergoté est ensuite administré pour provoquer les contractions utérines et chasser le parasite. Le procédé de l'extirpation incomplète n'a pas, on le sait, répondu à l'espérance que A. Bérard avait conçue.

Manuel opératoire. — *Appareil.* — Les instruments nécessaires sont : un bistouri ordinaire, un bistouri boutonné, un bistouri en rondache, un onglet tranchant, de grands ciseaux droits et courbes, trois ou quatre pinces de Museux très-fortes, et une autre pince de Museux articulée comme un forceps lithotome simple ou double, un dilatateur, une sonde cannelée courbe; enfin, des boulettes de charpie, des compresses, un bandage en T, complètent l'appareil. On doit veiller à ce qu'il y ait de l'eau, des éponges, des seringues, pour pratiquer des injections; des aides au nombre de quatre on cinq sont nécessaires.

Les préparatifs consistent à vider l'intestin par un purgatif administré la veille, à donner des lavements le jour même de l'opération, et à extraire de la vessie, au moyen du cathétérisme, l'urine qu'elle contient. La malade est ensuite couchée sur le dos, soit sur une table ou sur une commode garnie de matelas, le bassin près du bord, les jambes maintenues fléchies sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen, comme pour l'opération de la taille.

Un aide, les mains placées sur la région hypogastrique, est prêt à exercer des pressions obliquement en bas pour refouler l'utérus vers le plancher périnéal; deux autres maintiennent les membres inférieurs dans la position indiquée; un troisième donne les intruments; un ou deux autres sont là, tout prêts à aider dans les tractions qui seront exercées. Le chirurgien, debout en face d'elle, constate une dernière fois l'état des parties,

recommande à l'aide qui en est chargé, de refouler l'utérus, écarte les grandes lèvres, introduit ensuite l'indicateur gauche dans le vagin jusque sur le col, puis il glisse le lithotome double sur la face palmaire de ce doigt, le pousse dans le col, en tourne la concavité en bas, presse sur les lames, et enfin incise les deux commissures en retirant l'instrument. Aussitôt, l'indicateur de la main droite est introduit dans la cavité du col agrandie, et, par des pressions sur l'extrémité des incisions, en augmente l'étendue. Il pénètre ensuite dans la cavité utérine, déchire par des mouvements de va-et-vient la couche qui recouvre le corps fibreux et pénètre entre la lèvre et lui dès qu'il est mis à nu. Dans un point, le corps fibreux doit être saisi avec des érignes et des pinces de Museux, au moyen desquelles on l'attire fortement en avant et en bas, à droite et à gauche. Pendant ces tractions, le chirurgien détruit avec l'extrémité de son doigt le tissu celluleux qui environne la tumeur, et, quand il est parvenu à en isoler une partie, cherche à renverser le fond de l'utérus ou à imprimer peu à peu à la tumeur un mouvement de rotation; ou bien il la divise et en dédouble d'abord une première moitié, pour extraire ensuite celle qui est restée, selon le procédé qu'il préfère ou les indications qui se présentent. Une fois le corps fibreux devenu libre, des tractions ménagées l'attirent et le portent au dehors. Des efforts expulsifs de la malade ayant pu une fois favoriser le renversement, il est bon de lui conseiller d'aider ainsi le chirurgien. Dès que la tumeur a été extraite, le chirurgien porte les doigts dans les organes génitaux, parcourt la coque utérine où était le corps fibreux, et constate quel en est l'état. Quoique deux tumeurs soient rarement emprisonnées dans la même enveloppe cellulaire, il ne doit point perdre de vue qu'il est possible que cette variété se rencontre sous sa main. (Voy. fig. 6.) Si le fond de l'utérus a été renversé, il le réduit à l'instant même.

De grandes difficultés peuvent se présenter pendant cette opération. Le débridement est trop simple, a trop souvent été

pratiqué, soit dans le but d'extraire des polypes fibreux intra-utérins, soit pour arriver jusqu'au pédicule d'un polype, pour qu'il soit nécessaire d'en parler ici.

Si la portion de tissu utérin qui recouvre le corps fibreux est trop dense, trop ferme pour céder à l'action du doigt et de l'ongle, il faut la couper avec le bistouri. Si une incision transversale ne suffisait pas, il faudrait pratiquer une incision cruciale. Quant à l'onglet dont M. Amussat a armé son doigt indicateur dans un cas, il est quelquefois utile, mais il n'est pas indispensable, et son emploi peut être dangereux. En effet, si le corps fibreux est adhérent à son enveloppe cellulaire, cet instrument peut être utile, car il n'est pas toujours facile de détruire, par des mouvements de va-et-vient. On a trop souvent dit et répété que l'énucléation du corps fibreux est facile. La résistance imprévue que trouva M. Amussat en est une preuve. Je puis ajouter que, un utérus qui contenait un corps fibreux dans la partie latérale droite de son corps étant entre mes mains, j'ai tenté de séparer la tumeur après une incision qui la mettait largement à nu. Une force très-grande a dû être employée; vers la fin de cette séparation, le corps fibreux saisi par une main, l'utérus par l'autre, j'ai exercé des tractions en sens inverse et trouvé une résistance que j'étais loin de supposer. Quand ces tractions étaient faites directement en sens opposé, la résistance était extrême ; elle était moindre quand les forces exerçaient des tractions dans des directions obliques l'une à l'autre. De là le procédé de la rotation au moyen de laquelle le chirurgien exerce des tractions obliques sur le corps fibreux. Mais cette précaution est loin d'être aussi efficace qu'on pourrait le croire; pour qu'elle produisît un effet qui fût en rapport avec les forces dépensées, il faudrait que la matrice fût maintenue fixe dans le bassin. Or, elle ne l'est pas toujours, et ne peut l'être qu'à un certain moment, celui où les tractions durent et l'ont fortement appliquée sur le périnée, qui se distend d'abord et ne la soutient qu'autant qu'il est porté jusqu'à son dernier degré d'extensibilité.

Si donc le tissu cellulaire environnant résiste, l'onglet peu être utile; mais on doit manœuvrer avec une très-grande prudence; car il pourrait, en intéressant le péritoine, conduire le doigt dans l'intérieur de cette séreuse. J'ai dit qu'il n'était pas indispensable, car, avec de la patience et des tractions habilement conduites, les doigts seuls ou aidés de l'extrémité de ciseaux courbes et mousses dont le chirurgien embrasse les anneaux dans la paume de la main, les décollements pourront se faire, ainsi d'ailleurs que le démontrent les observations recueillies jusqu'à ce jour. Si l'on avait affaire à des corps fibreux très-durs, ayant des lobes comme enchatonnés dans le tissu utérin, l'onglet, dans ces cas malheureux, ne serait d'aucun secours.

Le mouvement de rotation ne doit pas seulement être imprimé dans un sens, quand les obstacles à l'énucléation se renouvellent à chaque instant. En faisant exercer des tractions tantôt à droite, tantôt à gauche, en haut, en bas, M. L. Boyer put, avec le doigt, séparer du tissu utérin toute la périphérie du corps fibreux, au point qu'il pouvait le faire rouler dans la cavité utérine.

Une fois libre, le corps fibreux ne sort pas toujours aisément. Il peut être trop volumineux pour l'ouverture du col; ou bien il a une forme allongée et il se présente à l'extérieur par son grand diamètre. C'est après l'avoir fait rouler sur lui-même dans divers sens, au moyen d'érignes implantées sur divers points de sa périphérie, qu'on arrive à l'attirer suivant sa longueur et à le délivrer. S'il est trop volumineux, le morcellement se présente au chirurgien avec tous les procédés qui s'y rattachent, c'est-à-dire qu'on peut le couper avec des ciseaux sur la partie moyenne et en extraire successivement les deux moitiés; qu'on peut en exciser une tranche en V avec deux coups de ciseaux. Si le corps présentait beaucoup de dureté, on pourrait chercher à le saisir avec des tenettes, le comprimer, afin d'en diminuer le volume; mais, de tous ces moyens, le meilleur

est, sans contredit, la division du corps fibreux en plusieurs fragments, aidée elle-même du *dévidement* de chaque fragment, selon le procédé de M. Maisonneuve, si cela devenait nécessaire.

Longue, pénible pour le chirurgien et pour la malade, cette opération n'a été accompagnée qu'une ou deux fois d'hémorragie. Un pareil accident pourrait devenir bien funeste, vu l'épuisement des forces. L'indication d'extraire le plus vite possible les corps étrangers est alors tout à fait urgente.

A peine l'extirpation est-elle achevée, qu'il faut songer à arrêter le sang. Des injections d'eau fraîche ont suffi dans tous les cas. Une fois un morceau de glace a été placé dans la cavité accidentelle. Il faudrait qu'une branche artérielle d'un certain volume fût blessée pour que l'hémorragie nécessitât le tamponnement. Si l'écoulement sanguin est modéré, c'est à des injections d'eau fraîche qu'il faut s'en tenir.

Indépendamment de l'hémorragie, on a observé, presque immédiatement après l'opération, une prostration profonde, la syncope, un épuisement nerveux qui, chez la seconde malade de M. Amussat, dura depuis midi jusqu'à quatre heures du soir. Chez cette opérée, les battements du cœur étaient fort petits, à peine sensibles; la parole faible, la figure pâle, la peau froide; des vomissements, qui se répétaient assez fréquemment, venaient compliquer cet état déjà assez grave. Les nausées, la tendance à la syncope, dit M. Amussat, étaient continuelles. Nul doute que l'ébranlement nerveux éprouvé par la patiente n'ait été la cause de tous ces phénomènes. Peut-être auraient-ils été évités si les ressources de l'anesthésie avaient été connues à l'époque où cette opération fut pratiquée. Toujours est-il que l'opérée de M. Maisonneuve, deux heures après l'opération, n'était tourmentée que par le froid dont elle était transie. Ce refroidissement était apparemment causé par la glace mise en usage contre l'écoulement sanguin; les suites de cette opération ont été très-simples dans ce dernier cas.

L'extirpation des corps fibreux de l'utérus a été suivie, dans presque tous les cas, d'une fièvre traumatique. Dans la première observation de M. Maisonneuve, les choses se sont passées comme dans un accouchement ordinaire; la malade n'eut que quelques douleurs dans la région hypogastrique. Après des tiraillements si longtemps répétés sur l'utérus, et, par conséquent, sur les nerfs du plexus qui vont se rendre à cet organe, après la distension du périnée, violemment porté en bas, après les irritations, les pressions exercées sur les organes circonvoisins, et surtout cet ébranlement qui a retenti dans toute l'économie, une réaction inflammatoire très-vive paraît bien naturelle. Dans les deux faits de M. Amussat, elle fut en effet portée assez loin pour que ce chirurgien crût devoir recourir à la saignée. Elle fut moins vive chez la malade de M. L. Boyer; mais, au bout du cinquième jour, le pouls monta de 96 à 110 pulsations. Cette exaspération avait été précédée d'un frisson violent, de nausées et de vomissements.

Avec la réaction inflammatoire plus ou moins vive existent des envies fréquentes d'uriner; cet accident tourmentait beaucoup une des opérées de M. Amussat : l'émission des urines était même très-douloureuse. Cet accident doit se manifester toutes les fois que la tumeur à extraire occupera la paroi antérieure de la matrice et une partie du col de cet organe. L'ischurie n'existait point chez les autres opérées, qui toutes portaient les corps fibreux dans la paroi postérieure, excepté toutefois celle de M. L. Boyer, dont la tumeur occupait la partie latérale droite et antérieure de l'utérus. Au reste, une opération si longue, des décollements si étendus, des tractions si puissantes, ne peuvent s'exercer sur la matrice sans causer sur la vessie et le rectum des désordres plus ou moins prononcés. Le col de la vessie, en effet, est entraîné en bas et pressé contre le bord inférieur du pubis par l'utérus; le rectum, moins soumis à des pressions, à des contusions, n'en est pas moins compromis par les manœuvres opératoires. De là la possibilité d'une irritation et d'un té-

nesme qui peuvent être accompagnés de diarrhée, comme chez la deuxième opérée de M. Amussat.

Une des suites les plus fâcheuses de l'opération est l'inflammation des plexus veineux péri-utérins. De là la phlegmasie peut se communiquer aux troncs veineux qui accompagnent l'artère utérine, et gagner les veines iliaques et la crurale. La phelmatia-alba dolens qui en résulte a été observée dans les deux cas de M. Amussat et dans un de ceux de M. Maisonneuve. Ainsi, trois cas de phlébite sur huit observations. Cet accident a été annoncé toujours par des frissons qui ont apparu huit jours, une autre fois vingt-huit jours, dans le troisième cas, quinze jours environ après l'opération. Les deux membres inférieurs peuvent être simultanément affectés de cette phlegmatia; un d'eux seulement peut être atteint. Si cette inflammation veineuse, au lieu de rester adhésive, devient suppurative, la malade est vouée à l'inflammation purulente et à ses conséquences. Indépendamment de la phlébite, le tissu cellulaire qui environne l'utérus et celui des ligaments larges s'enflamment toujours plus ou moins; de là la possibilité de phlegmons et d'abcès intra-pelviens.

Soins consécutifs. — A peine la malade a-t-elle été rapportée dans son lit, que le chirurgien doit s'occuper des premiers soins que réclame son état. Si l'écoulement du sang persistait trop abondamment, des injections d'eau fraîche devraient être faites de temps en temps dans le vagin. Ce moyen serait préférable aux irrigations continues et à l'application de la glace sur l'hypogastre, qui, trop longtemps prolongée, pourrait exposer à une péritonite. Si l'opérée est dans un état de prostration profonde, s'il existe une tendance continuelle à la syncope, une potion tonique éthérée, de l'eau vineuse sucrée, peuvent être prescrites. Lorsqu'au contraire la malade est inquiète, agitée, une infusion de tilleul, une potion opiacée, sont indiquées. Mais le chirurgien ne doit jamais perdre

de vue l'état des organes contenus dans le bassin. Si une douleur se fait sentir dans cette région, s'il existe en même temps un sentiment de poids vers le périnée, un ténesme vésical ou rectal; si le palper hypogastrique, aidé du toucher vaginal, vient en même temps à constater un empâtement du côté des ligaments larges ou autour de l'utérus, les antiphlogistiques locaux, les injections d'eau de guimauve ou d'eau de guimauve et de pavot, des cataplasmes ou des fomentations émollientes doivent être mis en usage. En un mot, il faut diriger contre l'accident tout le traitement que l'on prescrit contre la métrite et les phlegmons intra-pelviens. Les premiers symptômes de la phlébite doivent surtout appeler l'attention du chirurgien sur l'emploi des antiphlogistiques locaux appliqués sur la région hypogastrique, sur le trajet de la veine crurale, quand elle devient le siége de douleurs et de nodosités caractéristiques. Les onctions d'onguent mercuriel ne doivent pas être négligées sur la paroi abdominale ni sur les veines engorgées.

L'extirpation des corps fibreux interstitiels de la matrice a été suivie de succès deux fois sur deux cas relatés par M. Amussat, une fois encore sur deux autres cas qui appartiennent à M. Maisonneuve, et qui ont été publiés, l'un dans la *Gazette des Hôpitaux* (10 décembre 1849) et l'autre dans les *Bulletins de l'Académie de Médecine*. Voilà donc trois guérisons bien capables d'enhardir les chirurgiens. L'une de ces malades, âgée de cinquante et un ans, se portait aussi bien qu'avant les accidents qui avaient nécessité l'opération, quatorze mois après celle-ci, époque à laquelle l'observation avait été publiée; l'autre, trente mois s'étant écoulés, jouissait de la santé la plus florissante. Ses règles avaient repris leur cours, mais paraissaient devoir ne plus reparaître; elle était dans sa quarante-neuvième année. Point de douleurs dans le bassin; la marche ne lui causait pas de fatigue, elle n'avait nul écoulement par le vagin. On a vu qu'au bout de trente et un jours la malade de M. Maisonneuve avait eu ses règles et qu'elle avait été complétement rétablie au

bout de six semaines. Je tiens de mon collègue que son opérée s'est toujours bien portée depuis, et qu'elle vaque à ses affaires comme avant les accidents pour lesquels elle demanda les secours de l'art.

Mais des cas de mort viennent contrebalancer ces beaux résultats. La malade de M. Boyer paraissait devoir bien aller pendant les deux premiers jours; elle fut prise tout à coup, vers le fin du troisième, de frissons, de nausées, de vomissements; et s'éteignit peu à peu cinq jours après l'opération. L'autopsie ne révéla aucune trace d'inflammation des veines ni du péritoine. Celle de A. Bérard fut emportée par une péritonite au bout de cinq semaines, après avoir ressenti des douleurs dans le vagin. Une autre qu'a vu opérer M. L. Boyer mourut au bout de deux jours, comme celle de A. Bérard; le procédé de l'extirpation incomplète, aidé de l'administration du seigle ergoté, avait été suivi. La dernière opérée de M. Maisonneuve est morte au bout d'un mois environ. L'autopsie a permis de constater une inflammation du tissu cellulaire péri-utérin et du péritoine. Il y avait du pus dans les ligaments larges et dans la fosse iliaque.

Appréciation. — Elle doit porter sur deux questions : 1° sur la valeur de l'opération en elle-même; 2° sur les procédés opétoires qui paraîtront devoir être employés. Et d'abord, si l'on ne consultait que le nombre d'observations qui ont été publiées, on verrait qu'il est encore trop petit pour qu'on puisse apprécier cette opération à sa juste valeur. En la condamnant d'une manière générale, on courrait le risque d'exclure du cadre de la médecine opératoire des tentatives qui pourraient être utiles dans certaines circonstances données. En l'admettant, au contraire, avec trop d'empressement, on s'exposerait à encourager les chirurgiens dans une voie qui pourrait être funeste. D'ailleurs, il est des circonstances fortuites et que l'on ne saurait expliquer, dans lesquelles on voit se succéder les mêmes résultats, qui cependant ne sont quelquefois qu'une exception à

une règle générale. A l'époque où Lizars appela l'attention sur la possibilité de la guérison après l'extirpation des ovaires, les premières tentatives, suivies de succès, avaient donné des espérances que la pratique ultérieure n'a pas réalisées. Il faut se méfier de ces résultats de tentatives auxquelles l'expérience et le temps n'ont pas encore imposé de limites. D'ailleurs, aux trois guérisons obtenues, on peut opposer quatre cas de mort : un de M. L. Boyer, un autre que ce confrère m'a communiqué, un de M. Maisonneuve, et un de A. Bérard, sans compter peut-être ceux qui n'ont pas été livrés à la publicité. Avec ces chiffres, l'opération des corps fibreux interstitiels de la matrice n'apparaît point avec trop de défaveur; l'opération de la hernie, l'amputation de la cuisse, ne comptent pas plus de réussite sur le même nombre; mais les circonstances au milieu desquelles le chirurgien opère ne sont pas les mêmes. Quand l'opération est devenue une affaire de nécessité, que l'indication est urgente, et que tout retard serait fatal, la comparaison ne peut plus être établie avec celle qui seulement peut être utile, et qui peut être différée. Dans le cas actuel, ces réflexions sont d'autant plus justes, que l'on a vu des hémorragies, des leucorrhées amener un état d'anémie bien prononcée qui plus tard a disparu avec la cessation des règles. La temporisation, à cet âge des malades, autorisée par un traitement propre à diminuer les pertes et relever les forces, pouvant être utile, enlève donc tout point de rapprochement entre cette extirpation et d'autres opérations très-graves, mais qui ne peuvent être retardées. Le nombre des succès obtenus ne doit donc rien faire préjuger en faveur de cette extirpation relativement à d'autres opérations qui sont depuis longtemps admises, à juste titre, parmi celles que le chirurgien doit pratiquer. Envisagée d'une manière absolue, la statistique ne dit rien encore pour les raisons que nous avons déjà exprimées.

L'extirpation des corps fibreux interstitiels de l'utérus a le désavantage d'entraîner, dans le manuel, des longueurs que le

chirurgien ne peut d'avance calculer. Elle a duré près de deux heures entre les mains de M. L. Boyer, quarante-cinq minutes dans le cas dont M. Maisonneuve a entretenu l'Académie. La seconde opération de M. Amussat dura cinquante minutes et la première deux heures un quart. Elle exige des pressions qu'on doit maintenir constamment dans la région hypogastrique, qui ne manquent pas de devenir très-fatigantes pour la malade, et qui amènent bientôt chez les aides un sentiment de lassitude. Il en faut donc plusieurs pour s'aider les uns les autres, afin de remplir l'indication. Cette extirpation est pénible pour le chirurgien qui, agissant dans une cavité où l'œil ne peut plonger, ne voit pas où sont les adhérences qu'il conviendrait de détruire. Il ne voit pas non plus les lobes que le corps fibreux peut présenter, qui proéminent plus ou moins à sa surface, et qu'il serait important de pouvoir contourner. Il pousse le doigt sur un point, mais tout cède à l'impulsion, à la pression qu'il exerce, et le corps fibreux qu'il veut séparer, et l'utérus qui, sans fixité, n'oppose pas de résistance. On ne remédie à cet inconvénient que jusqu'à un certain point, en pressant sur la région hypogastrique. D'autres fois, les adhérences sont très-fortes et exigent des tractions considérables. Quand celles-ci sont impuissantes, force est bien de laisser l'opération incomplète, malheur qui a toujours été suivie de la mort. Ainsi donc, l'extirpation d'un corps fibreux de la matrice peut être hérissée de difficultés qui sont quelquefois insurmontables. Tant d'entraves, tant de longueurs exposent les malades à un épuisement nerveux si grand qu'elles ne peuvent s'en relever, ainsi que le prouve le fait dû à M. L. Boyer.

Si tels sont les inconvénients et les dangers attachés à l'extirpation des corps fibreux interstitiels du corps de la matrice, on ne peut s'empêcher néanmoins de reconnaître qu'elle a été utile aux deux opérées de M. Amussat et à l'une des opérées de M. Maisonneuve. Dans les cas où des accidents porteraient le chirurgien à se demander si l'opération doit être exécutée,

celui-ci ne devrait l'entreprendre qu'après avoir bien réfléchi sur les nombreuses contre-indications et éloigné le plus possible les causes d'erreur dans le diagnostic. Si donc le col permet l'introduction du doigt dans la matrice, si ce doigt peut en parcourir toute l'étendue de bas en haut, et arriver jusqu'au fond de l'organe, fait qui sera démontré par le palper hypogastrique pratiqué simultanément, ainsi que cela a été fait par M. Amussat sur sa première malade; si le doigt suit la limite du corps fibreux, soit sur la paroi antérieure, soit sur la paroi postérieure de la matrice; si, passant ensuite au toucher rectal, en supposant que le corps occupe l'épaisseur de la paroi postérieure, on sent que la tumeur est unique, qu'elle n'est pas composée de bosselures saillantes; si, de plus, le corps fibreux a dédoublé l'une des lèvres en la grossissant, en l'allongeant; si enfin, en déprimant fortement la paroi, on sent que l'utérus est soulevé et tuméfié, sans être recouvert de bosselures comme on en trouve souvent sur le fond, alors l'extirpation des corps fibreux pourra être tentée. Au total, en raison de sa gravité, cette opération ne doit être permise que dans les cas où se présente au chirurgien un ensemble de circonstances que nous avons cherché à déterminer et dont le concours est infiniment rare.

c. Dans l'état de grossesse, les opérations dont il vient d'être question sont bien moins applicables encore que dans l'état de vacuité de l'utérus. Porter l'instrument tranchnat sur un organe vasculaire comme l'est alors la matrice, ce serait s'exposer à des hémorragies bien difficiles à arrêter. On a vu sans doute beaucoup de corps fibreux extraits de la cavité utérine après l'accouchement, soit par torsion, ainsi qu'une observation présentée il n'y a pas bien longtemps encore à l'Académie de Médecine en démontre la possibilité, soit par excision précédée de ligature, soit par excision simple, ainsi que M. Danyau l'a fait en 1845; mais ces corps étaient bien différents de ceux dont nous avons à parler. Ils étaient tous pédicu-

lés. Cette disposition permettait de ne pas intéresser une surface étendue de la substance utérine, de ne pas ouvrir de nombreux sinus veineux. Cependant les corps fibreux interstitiels causent des hémorragies mortelles, car ils empêchent les parois de revenir sur elles-mêmes. La médecine opératoire est impuissante à arrêter le danger; les moyens hémostatiques sont seuls indiqués dans ces cas malheureux. Mais quand une des lèvres du col est occupée par un corps fibreux, il est possible que ce corps amène des hémorragies pendant la grossesse et qu'il contrarie plus tard le mécanisme de l'accouchement. La question se présente de savoir si, dans ce cas, la médecine opératoire n'aurait pas quelque secours à porter à la malade dont la vie est menacée ainsi que celle de son enfant. Une femme de la clientèle de Merriman, âgée de trente-cinq ans, sujette, depuis une fausse couche qu'elle avait faite quelques mois auparavant, à des écoulements abondants et quelquefois à des pertes, s'inquiétait, non sans raison, du nouvel état de grossesse dans lequel elle se trouvait et du retour fréquent de ces hémorragies. Celles-ci n'eurent pourtant pour effet que de l'affaiblir et de la pâlir sensiblement. La grossesse continuait de marcher régulièrement d'ailleurs, lorsqu'au huitième mois, ayant éprouvé, après trois jours de constipation, le besoin d'aller à la selle, la malade sentit, au milieu des efforts auxquels elle se livrait, qu'un corps étranger traversait la vulve. Appelé auprès d'elle, Merriman prit d'abord la tumeur pour la tête d'un fœtus de cinq mois encore renfermé dans les membranes; mais, par une exploration plus attentive, il reconnut bientôt qu'il s'agissait d'un polype, dont le pédicule, épais d'un pouce, était fixé en dedans de l'orifice, du côté droit. Un purgatif fut administré, la tumeur réduite, et la malade tenue dans une position horizontale sur le dos Décidé à débarrasser tout de suite cette femme de sa tumeur, il procéda, dès le lendemain, à la ligature du pédicule, après avoir attiré le polype au dehors; il le réduisit alors de nouveau; puis deux fois, de deux en deux jours, il resserra le fil. Quelques heures

après la dernière constriction, la tumeur se détacha. L'opération avait été peu douloureuse, et, à part quelques symptômes inflammatoires qui furent facilement dissipés, elle eut les suites les plus heureuses. Elle fut particulièrement suivie d'une amélioration sensible dans l'état général. Aussi l'accouchement, qui eut lieu un mois après, fut-il prompt et facile. Il fut pourtant fatal à l'enfant, qui, suivant l'auteur, succomba à la forte constriction du col par un circulaire du cordon. Quant à la mère, son rétablissement fut complet. (*Journal de Chirurgie*, page 176.) On ne peut assimiler ce cas à celui où un corps fibreux serait inclus dans l'épaisseur de l'une des lèvres, car M. Mériman avait affaire à un polype à pédicule étroit. Mais cette observation fait voir qu'une opération pratiquée sur la lèvre d'un utérus chargé du produit de la conception n'a pas provoqué l'expulsion du fœtus.

L'incision serait bien plus grave que la ligature; elle porterait d'ailleurs sur une étendue beaucoup plus grande du tissu utérin; elle ne saurait donc être conseillée. Le seul cas où elle paraîtrait pouvoir être utile serait celui où un corps fibreux occupant l'une des lèvres serait assez volumineux pour mettre obstacle au passage de la tête du fœtus. Toutefois, avant de se décider à l'extirpation, il faudrait que le temps eût démontré que l'autre portion du col, qui est saine, ne peut s'amincir et se dilater convenablement; il faudrait qu'on eût perdu l'espoir de voir s'opérer des déchirures sur le col; il faudrait enfin que le corps fibreux ne fût point chassé par la tête du fœtus, comme cela a eu lieu plus d'une fois pour des polypes. Après l'extirpation, si toutefois elle avait été indiquée par ces circonstances, il faudrait terminer bien vite l'accouchement.

II.

Extirpation des corps fibreux par une incision sus-pubienne.

Je n'ai pu trouver d'observaiton qui prouvât d'une manière évidente qu'on eût extirpé des corps fibreux de la matrice par une voie pratiquée au-dessus du pubis. Il est cependant possible que dans l'obscurité du diagnostic, à laquelle le chirurgien ne peut toujours se soustraire relativement aux tumeurs intra-abdominales, des tumeurs fibreuses de la matrice aient été enlevées comme appartenant à l'ovaire.

Lizars ayant une fois fait une incision sur la paroi abdominale pour extirper un kyste ovarique, se trouva en face d'une masse adhérente à la symphyse sacro-iliaque. Voyant son erreur, il referma la plaie et eut le bonheur de ne pas perdre sa malade. Un exemple, que nous allons bientôt reproduire, se présenta dans la pratique de M. King; M. Velpeau en cite d'autres encore dans l'article *Ovaire* du dictionnaire en trente volumes. Mais c'en est assez pour faire sentir combien sont grandes les difficultés du diagnostic.

Supposons cependant qu'une tumeur fibreuse occupe l'abdomen, et qu'elle ait les caractères anatomiques de celle que l'on voit fig. 4. La sonde fera connaître l'état d'intégrité de la cavité de la matrice, elle pourra incliner le fond de l'organe à droite, à gauche, en arrière, en avant, car le pédicule séreux aura assez de longueur pour permettre ces mouvements. Une tumeur de l'ovaire empêcherait l'utérus d'être porté dans le sens opposé à la tumeur; voilà un signe différentiel. Supposez encore que la tumeur mobile dans l'abdomen puisse être refoulée en haut, à droite ou à gauche, ces changements retentiront sur l'utérus, dont le toucher pourra constater les mouvements. Ce sont là des éléments de diagnostic. La conviction une fois établie que l'on a affaire à une tumeur fibreuse placée dans le péritoine, et

ne tenant plus à l'utérus que par un pédicule séreux, le chirurgien serait-il justifiable de l'extirpation de ce corps?

Considérée en elle-même, cette espèce d'opération césarienne aurait à son appui les cas dans lesquels, la paroi abdominale ayant été incisée dans une grande étendue, les malades ont échappé à la mort. Un chirurgien italien (*Gaz. méd.*, 1849, p. 895.) eut, l'année dernière, la hardiesse de fendre la paroi abdominale, puis l'S iliaque, pour extraire un corps étranger renfermé dans cette partie du gros intestin. L'opération réussit. L'observation la plus étonnante que je connaisse, est celle qui est renfermée dans le travail du docteur King. Ce chirurgien fit d'abord une incision de 7 à 8 pouces (pouces anglais) sur la ligne blanche. « J'introduisis, dit-il, les doigts pour chercher la tumeur; je ne la trouvai pas. Afin de rendre l'exploration plus facile, j'élargis l'incision de quatre pouces encore du côté des vertèbres lombaires. Nous cherchâmes la tumeur dans tous les sens, nous allâmes vers le foie, vers l'estomac, tout fut inutile; mes confrères ne furent pas plus heureux que moi. Je pris le rein droit avec la main; il me parut plus mobile que d'habitude. Enfin, après avoir laissé la cavité péritonéale ouverte et *exposée* pendant vingt minutes, nous nous décidâmes à fermer la plaie, ce qui fut fait sans difficulté par des points de suture entrecoupée. » (*The Lancet*, 1836-37, t. Ier, p. 586.) Après cette opération incroyable, Sophie Puttock, la victime, guérit parfaitement bien, ce qui est beaucoup plus incroyable encore. Mais sans aller chercher de pareils exemples, des plaies pénétrantes de l'abdomen, des opérations césariennes, des extirpations d'ovaires ont, on le sait, été suivies de guérison. On comprend donc qu'une incision pratiquée sur la ligne blanche, pour aller à la recherche d'un corps fibreux qui présenterait les conditions anatomiques de celui dont nous avons parlé, puisse, à la rigueur, ne pas entraîner la mort. On n'a point à craindre d'épanchement sanguin dans le péritoine, car les vaisseaux deviennent de plus en plus petits avec l'élongation du pédicule. On n'a pas

non plus l'inconvénient de laisser dans la plaie le fil de la ligature. La torsion, la mâchure avec l'extrémité des pinces à disséquer suffiraient pour arrêter le sang s'il s'en écoulait. Ce n'est donc pas dans l'impossibilité absolue de la guérison que l'extirpation sus-pubienne des corps fibreux de l'utérus trouve une contre-indication formelle. En effet, ces corps sont tout à fait compatibles avec la vie. Nous avons déjà dit qu'ils ne nuisent point aux fonctions de l'utérus quand ils ne sont point englobés dans le tissu de cet organe; que les hémorragies, les pertes blanches si abondantes qui épuisent les malades et les mènent au dernier degré de l'anémie, ne sont point à redouter. S'ils gênent seulement par leur volume, en comprimant les organes circonvoisins, on peut pallier cet inconvénient par la position, le repos et l'emploi de ceintures abdominales. Ces corps fibreux intrapéritonéaux mobiles ne peuvent déterminer l'œdème des membres inférieurs en raison même de leur mobilité. L'ascite qui les accompagne quelquefois est légère et due plutôt à l'irritation qu'ils causent dans le péritoine qu'à la compression des veines. La paracentèse pourrait d'ailleurs soulager les malades si des symptômes en indiquaient la nécessité. En un mot, je rejette l'opération qui consisterait dans l'extirpation sus-pubienne des corps fibreux de l'utérus, lors même qu'ils seraient pédiculés, pour deux raisons : la première est que le diagnostic en est presque toujours très-difficile; la seconde est que leur présence dans l'abdomen n'est pas incompatible avec la vie.

On lira peut-être avec intérêt l'observation suivante empruntée à Bayle et qui prouve jusqu'à quel degré de vieillesse peuvent aller des personnes atteintes de corps fibreux pédiculés dans l'abdomen.

« M^lle G..., douée d'une constitution robuste, et jouissant habituellement d'une bonne santé, commença à éprouver, à l'âge de trente-cinq ans, des douleurs fort légères dans l'abdomen. Ces douleurs persistèrent pendant plus d'une année; elle s'aperçut alors qu'elle avait de fréquentes envies d'uriner, et qu'a-

près avoir rendu ses urines, il lui restait au côté droit de l'abdomen une grosseur. Des médecins et des chirurgiens célèbres, ayant été consultés, dirent reconnaitre une *tumeur squirreuse* de la matrice ou de l'ovaire droit. Pendant plusieurs années ils lui prescrivirent des *fondans* sous toutes les formes, à l'intérieur et à l'extérieur. La tumeur continua à grossir, et, au bout de deux années de traitement, elle cessa d'occasionner des douleurs dans l'hypogastre; elle paraissait alors aussi grosse que les deux poings réunis. La malade était âgée de trente-six ans.

« Il fut enfin décidé que, le *squirre étant parfait*, il fallait cesser tout traitement pour ne pas le faire *dégénérer en cancer*. Depuis l'âge de trente-sept ans jusqu'à l'âge de quatre-vingts ans, Mme G... n'eut que très-rarement des indispositions, et elle ne fut jamais malade. Je la vis à cette époque pour la première fois, à l'occasion d'une légère indisposition; je reconnus la tumeur sur laquelle la malade me donna tous les renseignements que je pouvais désirer, en même temps qu'elle me remit un mémoire à consulter, et des consultations qui dataient de l'époque où la tumeur avait été traitée. Depuis ce moment jusqu'à celui de sa mort, je revis à diverses reprises cette demoiselle, qui continua encore à jouir d'une bonne santé durant quatre ans. Elle mourut d'une péritonite aiguë, le 12 septembre 1807, étant âgée de quatre-vingt-quatre ans.

« A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai la matrice dans l'état naturel, mais très-petite. Les ovaires étaient sains. La membrane hymen était dans une parfaite intégrité. La tumeur, qui existait depuis cinquante-un ans, et qui depuis l'âge de trente-six ans n'avait pas occasionné la plus petite incommodité, étai plus grosse que la tête d'un enfant nouveau-né; elle était pédiculée; et le pédicule, qui n'était guère plus gros qu'un tuyau de plume à écrire, était implanté à la face postérieure de la matrice, très-près de son bord supérieur. La tumeur était très-pesante et très-dure; elle était fibro-cartilagineuse, et on y voyait en outre plus de dix points d'ossification, dont les plus grands

égalaient à peine le volume d'un pois; les plus petits n'étaient guère plus gros qu'un grain de blé. »

En n'adhérant point à l'extirpation des corps fibreux pédiculés et flottants dans le péritoine par une ouverture pratiquée au-dessus du pubis, j'ai condamné à plus forte raison l'extirpation par cette voie de ceux qui seraient interstitiels et trop gros ou trop durs pour sortir par la vulve.

FIN.

EXPLICATION DES FIGURES.

Fig. 1. (Empruntée à M. Huguier.) — Corps fibreux multiples renfermés dans une coque commune, et formant une tumeur dans la cavité utérine. Cette coque est formée par une couche de tissu utérin hypertrophié.

Fig. 2. Tumeur fibreuse occupant le fond de l'utérus. (L'original est au musée Dupuytren.)

Fig. 3. Tumeur fibreuse intra-abdominale, munie d'un pédicule épais et musculaire. (Musée Dupuytren.)

Fig. 4. Tumeur fibro-calcaire intra-abdominale, ne tenant à l'utérus que par un pédicule séreux et filiforme. L'utérus est sain. (Musée Dupuytren.)

Fig. 5. Tumeur fibreuse d'un grand volume, occupant la partie patéro-latérale gauche de l'utérus. Augmentation de la cavité utérine dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur. Dans le sens transversal, la cavité n'est plus qu'une fente. Une incision a été pratiquée près du bord gauche de l'utérus, et la pièce représente comme un livre ouvert. Une autre tumeur fibreuse occupe le fond de l'organe, et une troisième, moins épaisse, a son siége dans la partie latérale gauche. (Pièce communiquée.)

Fig. 6. La même pièce vue par sa face postérieure. On peut voir, à la partie moyenne du dessin, la face postérieure du premier corps fibreux. A côté de lui, dans la même enveloppe fibro-celluleuse, existe un second corps fibreux beaucoup plus petit. Ces tumeurs, en contact immédiat l'une avec l'autre, se correspondent par des surfaces planes, comme deux amendes contenues dans la même coque.

Fig. 7. Utérus ouvert en avant sur la ligne médiane. On voit, sur la paroi postérieure, une large ouverture qui mène dans une énorme cavité. Cette cavité logeait un corps fibreux. (Musée Dupuytren.)

Fig. 8. Col utérin excisé par M. Huguier; un petit corps fibreux est contenu dans l'épaisseur de la lèvre postèrieure.

Fig. 9. Dessin de ce col avant l'opération. La lèvre postérieure est considérablement allongée; l'orifice du col est semi-lunaire.

Fig. 10. Corps fibreux occupant toute la paroi antérieure du corps et du col de l'utérus. Changements importants dans les rapports de la vessie, du vagin, de l'utérus et du péritoine.